

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901 — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PELVI-PÉRITONITE CHEZ L'HOMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave BATTEZ

Né à Calais, le 22 Juillet 1876

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta, 32

1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PELVI-PÉRITONITE CHEZ L'HOMME

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901 — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PELVI-PÉRITONITE CHEZ L'HOMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1900

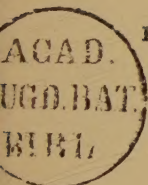
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave BATTEZ

Né à Calais, le 22 Juillet 1876

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta 32

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR,
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	BARD.
		OLLIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.		PONCET.
Clinique ophtalmologique		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAILLETON.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		MONOYER.
Chimie organique et Toxicologie.		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique		CAZENEUVE.
Parasitologie.		FLORENCE.
Anatomie		LORTET.
Anatomie générale et Histologie.		TESTUT.
Physiologie		RENAUT.
Pathologie interne.		MORAT.
Pathologie externe.		TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales		AUGAGNEUR.
Anatomie pathologique.		MAYET.
Médecine opératoire		TRIPPIER.
Médecine expérimentale et comparée		POLLOSSON (M.).
Médecine légale		ARLOING.
Hygiène.		LACASSAGNE.
Thérapeutique.		COURMONT.
Pharmacologie.		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Enfants	WEIL, agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS. —
Accouchements	POLLOSSON(A.). —
Propédeutique médidale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE. —
Botanique,	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COMDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.).	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M), Président ; ROCHET, Assesseur ;
MM. CONDAMIN et GIRAUD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

Professeur de Médecine Opératoire à la Faculté

Chirurgien-Major à l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHET

Chirurgien-Major de l'Antiquaille

INTRODUCTION

La pelvi-péritonite n'a pas été décrite jusqu'ici chez l'homme, disait le Dr Doyen dans une communication récente au Congrès de Chirurgie ; elle présente, ajoutait-il, une grande analogie avec la pelvi-péritonite de la femme et les organes pelviens de l'homme peuvent être le point de départ de suppurations infectieuses au même titre que l'utérus et les trompes ; dans ses observations personnelles, le Dr Doyen relevait comme point de départ de l'infection de la séreuse pelvienne, les affections du squelette, les kystes rétro-péritonéaux, la partie terminale de l'S iliaque et les organes génitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique de M. le professeur agrégé Rochet, chirurgien-major de l'Antiquaille, deux cas de pelvi-péritonite blennorrhagique ; M. le professeur Rochet nous a communiqué deux observations inédites de pelvi-péritonite au cours d'une tuberculose et d'un cancer de la prostate ; ces diverses observations nous ont permis d'étudier la pelvi-péritonite chez l'homme consécutive à l'infection blennorrhagique, bacillaire et aux néoplasmes des organes génitaux profonds et de la vessie. Avant d'aller plus loin, nous adressons à M. le professeur agrégé Rochet qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance l'hommage de notre profonde gratitude.

TABEAU RÉCAPITULATIF
DES
Observations de Pelvi-Péritonite Blennorrhagique
chez l'Homme

OBSERVATIONS	N ^{os}	CAUSES	FORMES CLINIQUES	DURÉE	TERMINAISON
HUNTER	I	Déférenlite			
VIDAL DE CASSIS . .	II	Orchi-épididymite	Aiguë	Six jours	Guérison
TARNOWSKY.	III	Déférenlite	Aiguë		Guérison
WENDELIN-WIRCHOW.	IV	Epididymite.	Aiguë		Mort
DE ZEISSL	V	Epididymite.	Aiguë	Trois jours	Guérison
MITCHEL HENRY. . .	VI	Spermatocystite.	Suraiguë		Mort
WILLIAM WHITE. . .	VII	Déférenlite	Aiguë		Guérison
HOROWITZ	VIII	Epididymite, Vésiculite, Prostatite . .	Aiguë		Guérison

Guérison

LÉNARD	X	Uréthrite	Aiguë gonorrhéale	Guérison rapide
MERMET-BALZER . . .	XI	Orchi-épididymite	Aiguë	Quatre jours
DE ZESSL	XII	Epididymite-Spermatocystite	Aiguë	Trois jours
GUELLOT	XIII	Epididymite-Déférentite-Spermatocyste	Aiguë	Deux jours
PÉAN	XIV	Epididymite-Déférentite	Aiguë	Deux jours
HUMBERT-MARADEN . .	XV	Epididymite-Déférentite-Spermatocyste	Aiguë	Trois jours
DE ZESSL	XVI	Epididymite-Déférentite-Spermatocyste	Aiguë	Quatre jours
PETER-VELPEAU . . .	XVII	Epididymite	Aiguë	Sept jours
CHAILLAN DE BELVAL . .	XVIII	Uréthrite	Suraiguë	Quatre jours
ROUGON	XIX	Epididymite-Déférentite	Suraiguë	Trois jours
PÉAN	XX	Epididymite	Suraiguë	Guérison
BATUT	XXI	Cystite-Funiculite	Suraiguë	Guérison
ROCHET	XXII	Cystite	Suraiguë	Quatre jours
ROCHET	XXIII	Epididymite-Vésiculite	Suraiguë	Six jours
GOSSELIN	XXIV	Epididymite-Déférentite-Vericulite	Aiguë	Guérison

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Hunter (1) constata le premier, en 1786, qu'à la suite d'une blennorrhagie chez l'homme, la péritonite pouvait éclater ; dans son traité des maladies vénériennes, on trouve le passage suivant : « Les inflammations du testicule, de quelque espèce qu'elles soient, s'accompagnent généralement d'une douleur dans les lombes et d'une sensation de faiblesse dans cette région et dans le bassin. Les intestins sympathisent ordinairement avec la plupart des maladies du testicule ; cette sympathie se manifeste tantôt par une sensation anormale qui a son siège dans l'estomac et dans les intestins, tantôt par des coliques ; les nausées et les vomissements constituent un symptôme fréquent » ; et plus loin, Hunter ajoute : « j'ai aussi des raisons de soupçonner que l'irritation pourrait être communiquée au péritoine par le moyen des conduits déférents, du moins le cas suivant semble-t-il en être la preuve :

(1) Hunter, *Traité des maladies vénériennes*, 1787, traduit de l'anglais par Audiberti.

OBSERVATION I

Un homme avait une gonorrhée qui fut traitée par la méthode antiphlogistique ; l'écoulement s'arrêta ; il survint une tension à la partie inférieure du ventre du côté droit précisément au-dessus du ligament de Poupart, mais plutôt un peu plus près de l'iléon que du pubis, on y sentait une dureté et le malade y éprouvait de la douleur. Cette douleur se répandit dans tout le ventre en occasionnant des frissons avec un pouls faible. Je reconnus à ces symptômes une inflammation du péritoine qui provenait, à mon avis, de ce que le conduit déférent de ce côté-là était affecté dans tout son trajet à travers le bas-ventre et le bassin ».

Swiédaur (1), cité par de Zeissl (2), dit que dans certains cas, au cours de la blennorrhagie, le malade ressent des douleurs dans les flancs, des nausées et des vomissements.

En 1828, Kern décrit un cas « qui pourrait être pris pour une périorchite chronique et qui paraît s'être développé comme une péritonite (3).

Vidal de Cassis (4), en 1850, observe une épидidymite blennorrhagique traitée par des compresses locales de chloroforme et compliquée d'une péritonite ; cette péritonite fut circonscrite.

OBSERVATION II

Il s'agit d'un malade reçu à la clinique le 18 janvier 1850 ; il avait été atteint, vers la fin du mois de janvier, d'une uréthrite, le testicule gauche fut pris le 16 février. A l'examen, je trouvais

(1) Swiedaur, Von der Lustseuche, Berlin, 1799, p. 129.

(2) *Beobachtungen und Bemerkungen auf den Gebiete der pralik Chirurgie*. Wien 1828.

(3) De Zeissl, 1893, *Ann. des Mal. des Org. gén. urin.*

(4) Vidal de Cassis, *Traité des Maladies vénériennes*.

le testicule grossi de la moitié de son volume et la maladie se continua en première ligne sur l'épididyme,

Le canal déférent, était aussi, dur et gonflé. Le 19 février, on mit dans des intervalles de trois heures des compresses de chloroforme sur la partie scrotale attaquée. Ce procédé fut suivi immédiatement de vives douleurs qui cessèrent après vingt minutes. Après la disparition de ces douleurs, le malade ressentit un grand soulagement et les douleurs causées par l'orchite ne reparurent plus. On employa des compresses d'eau chaude. Le 21 février, des douleurs se firent sentir dans la région inférieure droite du bas-ventre et il se développa une péritonite circonscrite qui disparut le 27 février.

A la suite de son observation, Vidal de Cassis fait la réflexion suivante : « Ainsi, voilà un cas d'inflammation testiculaire avec des douleurs vives que j'ai voulu calmer par le chloroforme en topique et ce cas a été précisément compliqué d'une péritonite qui a éclaté après l'application de ce moyen anesthésique. Il serait peut-être injuste et dans tous les cas trop prématuré d'accuser le chloroforme seul de l'inflammation de la séreuse abdominale, mais l'accident doit être noté avec soin. »

Vidal de Cassis insiste beaucoup sur les relations de la déférentite blennorrhagique avec la pelvi-péritonite, on trouve dans son traité des maladies vénériennes : « En même temps, avec l'inflammation des épididymes, on remarque la tumescence considérable du canal déférent des parties environnantes et des tissus qui le recouvrent ».

La première observation minutieusement prise est celle d'un malade observé par Velpeau et rapportée par Michel Peter, alors son interne. Cette observation date de 1856 ; la péritonite fut mortelle et, à l'autopsie on trouva une inflammation de l'épididyme et des vésicules séminales.

Ricord (1), cité par Faucon, parle peu de cette complication de la blennorrhagie : « dans son état de plus grande simplicité, la maladie se borne aux épидидymes et aux canaux déférents en même temps, mais pour peu qu'elle soit intense, que la constitution s'y prête et que des causes adjuvantes agissent, elle s'étend ou se complique..... maladie locale et le plus ordinairement à marche aigüe, l'épididyme peut occasionner dans quelques cas rares la péritonite. »

Fournier dans le *Dictionnaire de Médecine* mentionne la péritonite : « Signalons encore comme conséquence possible de la blennorrhagie, l'inflammation du péritoine que Hunter paraît avoir le premier signalée consécutivement à l'inflammation du canal déférent. »

Ricord dit avoir observé plusieurs fois cette complication qui peut même être assez intense pour entraîner une terminaison fatale. « Dans certains cas tout-à-fait exceptionnels, les vésicules séminales peuvent s'enflammer; dans un fait de ce genre cité par Velpeau, la phlegmasie s'étendit des vésicules au péritoine et fut suivie de mort. »

Guyon cite un cas de péritonite mortel ayant compliqué une orchite blennorrhagique chez un jeune homme hypospade; on pouvait suivre l'infection blennorrhagique tout le long des voies séminales, les vésicules étaient suppurées, et c'est du cul-de-sac vésico-rectal qu'est partie la péritonite; on en trouve le récit dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1856.

(1) *Archives générales de Médecine*, 1877, p. 391.

(2) Fournier, *Blennorrhagie*. *Nouveau Dict. de Médecine*, t. 5, p. 214.

Faucon est le premier qui, en 1877, ait décrit l'histoire de la pelvi-péritonite chez l'homme, il y joignit une étude sur le phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique.

Berkley Hill connaissait aussi cette complication « Peritonitis and inflammatio of the vesicula seminalis have also followed inflammation of the cord in one or two cases (1) ».

Tarnowsky(2) décrit bien la symptomatologie de la pelvi-péritonite aiguë chez l'homme : « Dans quelques cas l'inflammation des canaux déférents qui n'est pas encore arrivée à l'épididyme, provoque une série de symptômes fort graves ; les douleurs dans la région inférieure du ventre et dans la direction du canal inguinal, sont très aiguës ; le malade ne peut quitter le lit, a de la fièvre ; on constate des vomissements, une constipation, en un mot, tous les symptômes d'une péritonite locale ; il y a plusieurs années j'eus dans la même circonstance l'occasion d'observer le développement d'une péritonite aiguë qui menaça la vie du malade, l'exsudat qui s'était formé dans la cavité intestinale se résorba très lentement. »

Tarnowsky observa un second cas de péritonite, qu'il a résumé dans l'observation suivante :

OBSERVATION III (3)

Nous avons à la clinique un cas type de funiculite ou mieux de déférentite. A l'hôpital, d'où le malade est venu chez nous, on s'était préoccupé surtout de la douleur extraordinaire, de l'enflure

(1) *Syphilis and local contagions disorders*. London 1868.

(2) *Vortrage über venerische Krankheiten*. Berlin 1872, p. 331, 433.

(3) Tarnowsky, *loc. citato*.

dans la région de la fosse iliaque droite, de la fièvre violente, des vomissements, etc., etc.

On avait probablement oublié l'urétrite qui avait précédé le début de tous ces symptômes. C'est ainsi que la maladie fut prise pour un cas de typhlite. Mais à présent, après que les symptômes de péritonite ont diminué, on peut distinctement sentir au toucher le cordon spermatique droit, qui a l'épaisseur du petit doigt. On sent le canal déférent épaissi et douloureux et la queue de l'épididyme enflée. Il n'y a pas le moindre doute que nous avons affaire à une funiculite à laquelle s'est jointe une péritonite locale. Le malade offre un cas intéressant, sous ce rapport qu'il a déjà eu une épididymite accompagnée de violents symptômes d'inflammation.

En 1872, Wendelin cité par Virchow (1), vit une péritonite mortelle survenir au cours d'une épididymite, il nota lui aussi de la déférentite concomittante,

OBSERVATION IV

Wendelin, chez un malade affecté d'une urétrite chronique voit éclater une épididymite, qui fut accompagnée d'une tuméfaction considérable du funicule, avec une inflammation périphérique secondaire, laquelle se communiquant au péritoine, ouvrit des communications avec la vessie et le rectum. Le cas fut suivi de mort. Pas d'autopsie.

Milton, Jullien, Neumann, Finger, font mention de la péritonite dans le cours d'une épididymite (2). Horowitz (3) en 1892, a publié deux cas, l'un traité à la clinique de Lang, chez un malade affecté d'une épididymite avec prostatospermato-cystite ; le second chez un malade atteint d'épididymite. A ce propos, Horowitz étudie la pathogénie de la pelvi-péritonite.

(1) Virchow, *Hirsch Jahresbericht*, 1872, p. 623.

(2) De Zeissl.

(3) Horowitz, *Wiener med. Wochenschrift*, 1892, n° 2 à 3.

Rollet ne dit pas un mot de la pelvi-péritonite blennorrhagique soit dans l'article Blennorrhagie du dictionnaire encyclopédique, soit dans son traité des maladies vénériennes ; ce qui plaide en faveur de la rareté de cette affection.

Gosselin en 1879 soigna un malade chez qui était survenue une péritonite blennorrhagique, l'inflammation de la séreuse partie de la vésicule séminale et du canal déférent s'était par une « anomalie bizarre, dit Gosselin », propagée au péritoine.

Reliquet, Gueillot en 1881, connaissaient la pelvipéritonite ; Péan en rapporte deux cas. Dittel, Lang l'ont observée également.

En 1893, de Zeissl, docent à l'Université de Vienne, en fait l'étude historique et pathogénique, il y joint trois observations personnelles, et lui donne même le nom d'urétro-péritonite ; la même année Mermet, interne des Hôpitaux de Paris rapporte un cas de pelvi-péritonite blennorrhagique à la suite d'une orchépididymite. Ce cas fut observé dans le service de Balzac.

En 1898, un élève du docteur Humbert (3), le Dr Maradeix observa à l'hôpital Ricord une pelvi-péritonite blennorrhagique dont il rapporte le cas dans sa thèse.

Tout récemment, M. le Médecin-Major Batut répétiteur à l'École du Service de Santé militaire observa un cas de cystite blennorrhagique avec funiculite et orchépidi-

(1) *Annales des Mal. des Org. Gén. Urin.* 1893.

(2) *Gazette Médicale de Paris*, août 1893. P. 367.

(3) Maradeix, Th. Paris 1898.

(4) Batut, *Gazette hebdom. de Méd. et de Chir.* 1900, *Lyon Médical* 1900.

dymite où le malade présente pendant deux jours des phénomènes péritonitiques qui firent craindre une complication du côté de la séreuse pelvienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les observations suivies de vérification sont peu nombreuses ; dans le cas cité par Peter et observé par Velpeau « la péritonite était généralisée mais il était possible de déceler la lésion primitive : une vésicule séminale, la gauche est remplie d'un liquide purulent, le tissu cellulaire qui l'entoure est condensé et plus rouge qu'à l'ordinaire le péritoine sus jacent est fortement injecté et plus vascularisé que partout ailleurs ; le péritoine qui environne le canal déférent gauche tuméfié est en contact intime avec celui-ci... »

Dans l'observation de Guyon on trouve des vésicules séminales suppurées et une péritonite dont le point de départ est dans le Douglas.

Chez le malade de Rougon, le péritoine surtout dans la fosse iliaque est couvert de fausses membranes ; 300 grammes d'un liquide purulent se trouvent dans la fosse iliaque droite et le petit bassin. Ricord vit deux fois une prostatite blennorrhagique avec épididymite se propager à la séreuse abdominale, la pelvipéritonite se généralisa les autopsies furent pratiquées et communiquées par Godard, en 1866 à la Société de Biologie : Ce dernier préoccupé seulement par la recherche des spermatozoaires dans le liquide de la vésicule et l'oblitération des voies spermatiques, n'accorda que peu d'importance aux lésions péritonéales. On trouve dans la *Gazette Médicale* la note suivante : « dans le courant du mois de

janvier 1855, M. Nassaris interne de M. Ricord voulut bien me donner les organes génitaux de deux hommes entrés à l'hôpital du Midi porteurs d'épididymite blennorrhagique l'un du côté gauche, l'autre du côté droit et qui avaient succombé rapidement l'un et l'autre à la péritonite... »

En résumé, on n'a pu étudier les lésions de la pelvipéritonite que lorsque cette dernière s'était généralisée; dans les vérifications, on n'a trouvé que des lésions banales de péritonite plastique, exsudative, rarement purulente, siégeant sur le trajet pelvien du canal déférent, au niveau des vésicules séminales et dans le cul-de-sac vésico-rectal.

ÉTIOLOGIE

La pelvipéritonite blennorrhagique est rarement primitive; nous n'avons retrouvé que deux cas de pelvipéritonite généralisée ayant succédé à une urétrite simple; elle est presque toujours secondaire à une infection blennorrhagique de la vessie et de la prostate et beaucoup plus souvent de l'épididyme, du canal déférent et des vésicules séminales; il semble que la pelvipéritonite qui complique une épididymite soit plutôt due à l'infection du canal déférent ou des vésicules; il existe même un cas où l'inflammation du péritoine pelvien a précédé l'épididymite (Observation de Gosselin).

La véritable cause de la pelvipéritonite est l'infec-

tion, les autres causes adjuvantes sont mal définies; on a noté la persistance du canal vaginopéritonéal; on a noté aussi la cryptorchidie dans l'observation suivante :

OBSERVATION V (1)

F... X..., 34 ans, fut atteint d'une uréthrite le 14 novembre 1879. Lorsque je le vis, le 1^{er} décembre 1879, pour la première fois, la température avait monté à 38.9, le pouls 106, la langue sèche; le malade se plaignait de hoquets et vomissait de temps à autre une matière de nature bilieuse. Le ventre était légèrement ballonné et particulièrement sensible à une pression faite dans la région iléo-coécale droite. Au dire du malade tous ces symptômes s'étaient développés dans la nuit du 30 novembre 1879, après avoir déjà senti ce jour-là une douleur vive dans l'aine droite où depuis longtemps il avait remarqué une tumeur. Il n'avait pas été à la selle depuis le 30 au soir et n'avait pas rendu de gaz. Le groupement de ces symptômes plaidait pour une hernie inguinale. A l'examen complet du malade, je trouvai le scrotum vide dans sa partie droite, la tumeur douloureuse qui existait dans la région inguinale droite fut reconnue être le testicule; une inflammation de l'épididyme du côté droit chez un homme qui était cryptorchide de ce côté avait provoqué les symptômes violents de la péritonite que nous venons de rapporter.

Je fis faire des frictions avec l'onguent mercuriel et appliquer des compresses d'eau froide sur la tumeur testiculaire, pratiquer des injections sous-cutanées de morphine pour atténuer les douleurs, les symptômes disparurent bientôt. Le 4 décembre la constipation cessa complètement, et après la disparition complète de l'épididymite le traitement de l'uréthrite commença.

La cryptorchidie, la persistance du canal vagino-péritonéal sont des causes occasionnelles qui existent, mais néanmoins sont rares; on a invoqué l'état débile du

(1) De Zeissl.

malade, le tempérament lymphatique, une infection antérieure (dothiémentérie intercurrente) ayant déjà épuisé le sujet et mis l'organisme en état de moindre résistance ; pour de Zeissl, l'anémie et une faible constitution semblent prédestiner pour l'urétropéritonite.

Péan cite un cas où le traumatisme peut être mis en cause ; le plus souvent la péritonite survient lorsque le malade est au repos. Les causes prédisposantes sont donc mal connues et il semble qu'il faille plutôt invoquer ou l'exaltation de la virulence des germes pathogènes ou l'état de moindre résistance du sujet.

Quel est l'agent pathogène de la pelvi-péritonite blennorrhagique ? Est-ce le gonocoque, seul ou associé à d'autres microbes ? Dans son étude sur l'urétropéritonite, comme il l'appelait, de Zeissl (1) termine en écrivant : « On ne peut dire si les gonocoques jouent un rôle dans le développement de la péritonite. » Depuis lors, il est permis d'être plus affirmatif. On a discuté longtemps pour savoir si le microbe de Neisser pouvait infecter le péritoine : ces discussions avaient pour objet la péritonite chez la femme. On croyait autrefois que le gonocoque ne pouvait vivre que sur l'épithélium cylindrique ; toutefois Dinkler, Menge l'ont vu pénétrer dans l'épithélium pavimenteux, pourquoi *à priori* le péritoine qui est un endothélium lui serait-il défavorable ? La médecine expérimentale apporte sa contribution à cette étude. Wertheim (2) voulut rechercher si le gonocoque pouvait comme les pyogènes ordinaires enflammer le péritoine. « Sa technique consistait à faire une laparotomie en

(1) De Zeissl, loc. c. 1.

(2) Marcel Sée, Th. Paris, 95.

règle avec toutes les précautions d'asepsie requises pour insérer dans le péritoine un morceau d'agar-sérum portant des cultures virulentes fraîches, il suturait ensuite la plaie. Il obtint ainsi une multiplication des microbes inoculés et la production d'une péritonite avec exsudat purulent et adhérences, péritonite extrêmement circonscrite d'ailleurs se terminant par résolution et non seulement n'entraînant jamais la mort, mais encore s'accompagnant de fort peu de troubles généraux. Des expériences de contrôle prouvèrent que le sérum introduit avec la culture n'agissait pas seulement à titre de corps étranger, la souris blanche et le cobaye se montrèrent les meilleurs réactifs, puis le lapin et le rat. » (1)

La raison pour laquelle on a nié la possibilité d'une infection péritonéale gonococcique résulte de la difficulté que l'on éprouve dans la recherche de ce microbe, le contrôle dans un liquide péritonéal suspect est en effet très délicat, et cependant, après une recherche négative il n'est pas permis d'affirmer son absence, le cas suivant est curieux par ce fait : « Le professeur Braquehay (2) fit après la laparotomie chez une fille des recherches bactériologiques, l'écoulement vaginal fourmillait de gonocoques, la péritonite était sans aucun doute la conséquence de la vulvo-vaginite, cependant il fut impossible de trouver des gonocoques dans le liquide péritonéal. Quelques débris de fibrine gardés pour l'examen, de même que la sérosité roussâtre retirée du petit bassin restèrent stériles. »

Depuis d'autres expérimentateurs ont été plus heureux :

(1) Marcel Sée, *loc. cit.*

2) Rousseau. Bordeaux, Th. 98

Ceppi (1) en 1887, trouve des gonocoques à l'état de pureté dans un exsudat péritonéal. Baginsky (2) trouve chez un enfant, dans le Douglas, une collection purulente dont l'ensemencement révéla la présence de gonocoques associés aux staphylocoques. Von Leyden en 1899, relate l'observation d'une femme, à l'autopsie de laquelle on trouva la cavité abdominale pleine d'un liquide purulent dont l'ensemencement donna lieu à des cultures pures de gonocoques.

Muscatello (3) rapporte un cas de péritonite diffuse à gonocoques, le microbe spécifique fut reconnu dans l'exsudat péritonéal, et obtenu en culture pure dans le milieu de Marmorek : une partie de liquide ascitique humain et deux parties de bouillon peptonisé.

De toutes ces constations, il faut retenir que le péritoine est susceptible d'être infecté par le gonocoque comme les autres séreuses, l'expérimentation, le contrôle bactériologique, la clinique gynécologique, l'ont prouvé ; dans les pelvi-péritonites blennorrhagiques de l'homme, il est donc possible que le gonocoque soit l'agent causal ; est-il seul, ou associé à d'autres micro-organismes ? Il est impossible de se prononcer sur ce point.

(1) Rousseau, Bordeaux, Th. 98.

(2) *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1887.

(3) *Ann. des Mal. des Org. génit.-urin.*, 1900.

PATHOGÉNIE

Par quelles voies peut se développer l'infection du péritoine pelvien, au cours d'une blennorrhagie, comment l'inflammation des organes génitaux se propage-t-elle à la séreuse, quel est le chemin suivi par le gonocoque ?

Les principales interprétations pathogéniques que les auteurs ont émises à la suite des diverses observations de pelvi-péritonite sont les suivantes :

La péritonite résulte de la rupture, dans le péritoine, d'un abcès enkysté dans le cul-de-sac vésico-rectal.

La pelvi-péritonite résulte de la persistance du canal vagino-péritonéal.

L'infection des organes génitaux internes, se propage au péritoine pelvien, par les vaisseaux lymphatiques et sanguins du cordon et du canal déférent.

La pelvi-péritonite est un phénomène de métastase.

La pelvi-péritonite se propage directement par contiguïté, des vésicules séminales ou du cordon enflammé au péritoine.

La première hypothèse expliquerait ces cas de péritonite aiguë, survenant dans les spermatozystites suppurées, où l'abcès enkysté dans le Douglas, s'ouvre brusquement dans le péritoine.

Mitchell Henry eut un malade qui succomba à la suite de cette complication.

OBSERVATION VI (1). (résumée)

Un malade succomba à une véritable péritonite par perforation ;

(1) H. Mitchell. Abscess in the vesicula sem perforatio. *Medic. Chir. Transact.* 1850, t. 33, p. 306.

le pus que contenait la vésicule séminale gauche s'étant fait jour dans la vessie et dans le cul-de-sac péritonéal.

Le malade s'était surtout plaint d'une douleur dans les lombes et dans la région de la hanche gauche, il avait éprouvé des symptômes de dysurie.

Nous avons observé dans le service de M. le Professeur Rochet une pelvi-péritonite enkistée dans le Douglas, et où, la rupture de l'abcès se fit non dans le péritoine comme dans le cas précédent mais seulement dans la vessie : chez ce malade, la terminaison fut bénigne mais une évacuation analogue au cas de Mitchell Henry aurait pu avoir une conséquence fatale. Cette première théorie pathogénique est donc admissible, mais elle ne répond qu'à plusieurs cas qui sont des raretés ; il en est de même de la seconde hypothèse émise par Peter et confirmée elle aussi par l'observation suivante :

OBSERVATION VII (1)

R. K. Vingt-trois ans. Souffrant d'une première attaque de blennorrhagie, était dans la seconde semaine de la maladie et tout marchait bien, quand il sentit tout d'un coup, une douleur dans l'aîne et le long du trajet du cordon. Cette douleur me fit penser qu'il allait avoir une épididymite. Mais, au lieu de voir le testicule gonfler, le malade sentit la douleur s'irradier de l'aîne à toute la surface de l'abdomen, qui devint bientôt tendu presque tympanique et sensible au toucher. A partir de ce moment, il présenta tous les symptômes de la péritonite aiguë, qui mit sa vie en danger pendant quelques jours, et fut soumis au traitement ordinaire. Le docteur Wood le vit avec moi à ce moment. Pendant la décroissance de la

(1) William White, *Encyclopédie internationale de Chirurgie*.

péritonite survint un léger degré d'épididymite. Le point le plus intéressant de cette observation, fut la découverte d'une petite hydrocèle congénitale, qui étant réductible, avait été prise pour une hernie, un bandage ayant été appliqué sur l'ordre du médecin. Cette particularité explique très clairement l'étiologie de la péritonite, la communication entre la cavité péritonéale et la tunique vaginale étant restée ouverte et permettant une extension facile de l'inflammation du canal déférent au péritoine, par le tissu cellulaire environnant. Quelques semaines après la guérison complète, il n'y avait plus trace de l'affection.

C'est Paulet, en France, Horowitz et de Zeissl en Allemagne, qui ont attribué aux vaisseaux veineux et lymphatiques du canal déférent, un rôle prépondérant dans la propagation de l'infection au péritoine.

Deville cité par Maradeix (1), a vu les veines du plexus pampiniforme devenir le siège d'une phlébite purulente au cours d'une déférentite, « il n'est pas invraisemblable, dit Maradeix, que cette phlébite ne puisse dans certains cas, être le point de départ d'un phlegmon sous-péritonéal sur le trajet des veines spermatiques, dans les fosses iliaques ou lombaires ». Horowitz (2) et de Zeissl accusent aussi les vaisseaux sanguins, du cordon de pouvoir, lorsqu'ils sont enflammés, causer une pelvi-péritonite ; ils attribuent cependant plus d'importance à l'inflammation des lymphatiques du cordon. « Dans certains cas, les vaisseaux sanguins et lymphatiques du cordon s'enflamment ; on les sent alors, sous la forme d'un paquet dur et douloureux que l'on peut suivre jusqu'au niveau du canal inguinal. Cette inflammation qui donne

(1) Maradeix, Paris, *Th.* 1893.

(2) Horowitz, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1892.

lieu à des douleurs inguinales et lombaires, peut se propager au péritoine qui enveloppe le cordon et donne lieu à de la péritonite du bassin, deux autopsies montrent la réalité de ce processus, qui, à la vérité, se voit rarement. »

Horowitz et de Zeissl (1) en piquant la face interne du testicule ont injecté un vaisseau lymphatique qui cotoye le caual déférent jusqu'au bas fond de la vessie : ce lymphatique abandonne là le canal déférent un peu en avant du point où celui-ci croise l'urètre, il gagne ensuite la paroi latérale de l'excavation et se jette dans un ganglion placé sur les parties latérales du bassin soit près de la bifurcation de la veine iliaque primitive soit au bord de la grande échancrure sciatique soit auprès de l'artère obturatrice. Horowitz et de Zeissl accordent grande valeur à l'inflammation de ce lymphatique au cours des déférentites blennorrhagiques ou de son ganglion et, qui peut donner lieu à de la pelvi-péritonite de voisinage. C'est du moins l'interprétation pathogénique qu'ils donnent pour expliquer les deux cas suivants :

OBSERVATION VIII (2)

Un malade souffrait d'une uréthrite aiguë qui récidivait après quelques semaines d'acalmie, et fut traitée comme d'ordinaire. Il survint à gauche une épididymite avec vésiculite et prostatite, En même temps, le cordon spermatique était dur et douloureux, le tout accompagné d'une fièvre élevée ; le malade se plaignait de douleurs dans le fond du bassin avec une sensation de pesanteur dans la moitié gauche de l'abdomen. Dans la région inguinale

(1) *Sur anatomie der lymphgefasse der Männlichen geschlechtstheile. Arch. für Dermatolog, un syphilig.* Vienne. 1890, t. 2.

(2) Horowitz loc. cit.

gauche, à travers la paroi abdominale le canal déférent était perceptible au palper, au niveau du ligament de Poupart gauche on constatait un empâtement douloureux et on le sentait jusqu'au fond du bassin. En percutant à ce niveau, le son était mat sur la tumeur. Lorsque je vis le malade, 4 semaines après le début des symptômes mentionnés la tuméfaction du cordon et du canal déférent était encore très sensible et on la sentait encore au niveau de l'aîne et dans la fosse iliaque. Le testicule et l'épididyme étaient complètement unis très durs et formant une masse sphérique.

De l'ensemble de tous ces symptômes il résulte que nous avons été en présence d'une inflammation du péritoine du bassin. Après un traitement de plusieurs semaines ce cas guérit. Il m'est agréable d'exprimer ici mes remerciements au professeur Lang à la bonté duquel je dois cette observation.

OBSERVATION IX

Un journalier âgé de 31 ans tomba malade le 18 décembre 1890, souffrait d'une gonorrhée qu'il traita lui-même par des applications froides. Le 29 du même mois le malade dut se mettre au lit, une épididymite du côté droit étant survenue. La position élevée du testicule, des compresses froides, l'onguent mercuriel furent la thérapeutique employée. Le 1^{er} janvier 1891 des douleurs violentes survinrent dans la région périnéale qui rayonnaient jusqu'à l'articulation coxo-fémorale ; température 39. 3, frissons, douleur aiguë dans la région iléocoécale ; nausées. L'exploration de l'abdomen dénote du météorisme ; à la pression une sensibilité dans la fosse iliaque avec résistance au doigt et matité ; des compresses froides etc., agirent favorablement et le malade put reprendre son travail au bout de trois semaines.

La séreuse péritonéale ne pourrait-elle pas être le siège d'une infection gonococcique, au même titre que les séreuses articulaires ? C'est Peter, qui le premier, à la suite de l'observation du malade de Velpeau, émit entre autres théories plus plausibles l'hypothèse d'une métastase.

Cette opinion fut reprise par Liénard qui dans un cas intéressant de péritonite aiguë généralisée avait porté le diagnostic, par exclusion, de péritonite blennorrhagique : l'affection survenue après un écoulement spécifique presque guéri, sans aucune complication du côté des organes génitaux internes, le mode de début nettement pelvien : douleur dans la fosse iliaque et la région inguinale, la généralisation subite au reste de la séreuse et la guérison après l'intervention constituent un cas intéressant dont l'observation mérite d'être rapportée intégralement.

OBSERVATION X (2).

Le jeune soldat Alphonse C., du 83^e de ligne, se présente le 13 à la visite avec un écoulement blennorrhagique datant de plusieurs mois. C'est un grand garçon maigre et pâle, de constitution médiocre et de tempérament lymphatique. Admis à l'infirmerie, il en sort le 2 janvier n'ayant plus qu'un suintement rare et peu épais. Après quelques jours de santé irréprochable, C. est pris de coliques sourdes avec sensibilité du ventre ; les douleurs siégeant surtout au dessus de l'aîne droite, je m'attendais en souvenir de l'uréthrite récente à voir se déclarer une épididymite de ce côté quand dans la nuit du 16 au 17 surviennent des souffrances beaucoup plus vives. L'aide-major est appelé il fait entrer C. à l'infirmerie prescrit : opium et cataplasme laudanisé. A la visite du lendemain matin, nous voyons ensemble le malade qui offre tous les signes d'une péritonite aiguë, face grippée, teint plombé, météorisme considérable, sensibilité extrême de l'abdomen surtout dans sa moitié droite ; voix éteinte, dyspnée ; pouls petit et fréquent, température 39° 8, des vomissements caractéristiques de couleurs foncées. Il est envoyé d'urgence à l'hôpital. Là, les symptômes de péritonite ne font que s'aggraver,

(1) Horowitz, loc cit.

(2) Liénard, médecin-major de 1^{re} classe. *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaire* 1889.

les vomissements porracés reviennent chaque fois que C. veut ingurgiter un peu de liquide et même en dehors. La douleur qui siégeait d'abord surtout dans la fosse iliaque droite apparaît aussi très vive au-dessous de l'hypochondre gauche, dans la journée du 18. Le ballonnement augmente et les couvertures dont le poids est devenu intolérable doivent être soutenues par un cerceau. Insomnie, Constipation, dysurie. En attendant que la famille de C. arrive et qu'on puisse lui proposer une intervention ainsi qu'à l'intéressé on emploie les moyens classiques de traitement : glace, morphine.

Pendant ce temps, les forces diminuaient et le malade entraînait dans une période de collapsus hypothermique, exprimé par les températures suivantes :

17 janvier au matin	39° 8.
— au soir.	38° 8.
18 — au matin.	36° 4.
— au soir.	36° 6.
19 — au matin.	36° 4.
— au soir.	35° 7.

Les parents de C. s'étaient rendus à notre appel, ils acceptèrent ainsi que lui-même, nos propositions d'interventions ; je pratiquai la laparotomie à une heure de l'après-midi avec le précieux concours de M. l'Aide-Major Notin et de M. le docteur Maydiou, médecin civil. Incision à douze centimètres de la ligne blanche allant de l'ombilic à un travers de doigt du pubis. J'introduis en suivant le feuillet pariétal de la séreuse, la main droite dans la région du cæcum et en fais sortir 300 grammes de pus épais et fétide après la rupture d'adhérences plus larges que résistantes rencontrées chemin faisant, et après quelques déchirures profondes obtenues sans effort. Même manœuvre dans le flanc gauche. Je me guidais dans cette recherche des collections purulentes sur la matité relative des divers points de l'abdomen, et aussi sur les indications fournies antérieurement par le malade. Le liquide purulent qui jaillit du côté gauche put être évalué à 600 ou 700 grammes. Il avait l'odeur fécaloïde du pus venu de droite mais il était beaucoup moins dense ; c'était un sérum louche renfermant un grand nombre de flocons de fibrine et dont la partie inférieure seule offrait les véri-

tables caractères du pus. Avant d'atteindre le siège de ce second foyer ma main avait rencontré et déchiré des adhérences péritonéales plus nombreuses encore que du côté droit. Ajoutons comme preuve supplémentaire de la généralisation de la péritonite que les deux anses d'intestins qui sont venues faire issue par l'ouverture de la laparotomie étaient dépolies sur toute leur surface et recouvertes par endroits de fausses membranes en voie d'organisation. J'éprouvais quelque peine à cause de l'énorme tension de gaz intestinaux à placer dans les loges suppurantes deux drains en caoutchouc de un centimètre de grosseur.

Nous plaçons au moment de fermer la plaie trois sutures profondes au fil d'argent et sept sutures superficielles au crin de Florence. Pansement antiseptique avec ouate, le tout maintenu par un bandage de corps fortement serré. La situation resta grave pendant trente-six heures et les vomissements suspendus pendant le sommeil chloroformique reparurent au réveil avec le même caractère et la même intensité que précédemment.

L'aphonie persistait aussi, mais, signe rassurant, la température se releva pour atteindre 36°4 le 19 au soir et 37 le 20 au matin. L'orage des vomissements dura jusqu'au 20 au soir, il y eut une accalmie très notable la nuit et la journée suivante, le 21, selle en diarrhée ; sortie d'un peu de pus sanguinolant par le drain de droite, les phénomènes de péritonite sont moins accusés. Le malade se rétablit peu à peu.

Le docteur Lienard fait suivre cette observation de la réflexion suivante : « De quelle espèce de péritonite ce malade fut-il atteint ? Après avoir éloigné toute idée de traumatisme et de tuberculose, il paraît naturel de croire que l'affection était simplement idiopathique ou rhumatismale ; je serais plutôt disposé, pour ma part, à soupçonner une corrélation entre l'urétrite mal guérie et le retentissement sur une membrane comparable, par sa texture, aux synoviales articulaires, si souvent envahie par le virus blennorrhagique, bien que cette

genèse de péritonite n'ait pas été, que je sache, signalée d'une façon précise chez l'homme ; d'après Edouard Fournier, le rhumatisme blennorrhagique pourrait se compliquer de péricardite ou d'endocardite, de pleurésie, etc., si la péritonite n'a pas été désignée dans ce groupe d'inflammations spéciales affectant les grandes séreuses, la similitude anatomique des parties en cause est telle qu'on ne refusera pas d'admettre que le péritoine peut, lui aussi, être lésé par le poison blennorrhagique. »

Cette hypothèse émise en 1889, sera admise encore plus volontiers à l'heure actuelle, on sait définitivement aujourd'hui que la blennorrhagie, comme toutes les maladies microbiennes, peut infecter les organes par la voie sanguine.

Mais dans ces cas de péritonite généralisée où l'hypothèse d'une métastase fut invoquée, ne pourrait-on pas admettre plus simplement que les organes génitaux internes du malade étaient déjà infectés par le gonocoque y vivant à l'état latent, et que, sous une influence encore inconnue exaltant le microbe ou sa toxine, l'infection du canal déférent ou des vésicules séminales se serait simplement propagée par contiguïté à la séreuse.

Hunter, qui n'avait pas le contrôle de l'anatomie pathologique, avait déjà accusé l'inflammation du canal déférent ; d'après lui, elle se propagerait directement au péritoine.

Cette hypothèse fut émise ensuite par Velpeau qui, chez son malade avant la nécropsie, pensait que l'infection avait envahi le péritoine contigu aux vésicules séminales et au canal déférent ; la vérification fut faite, du reste ; et les rares autopsies qui ont été pratiquées

depuis semblent donner raison à la théorie de Hunter et de Velpeau.

La clinique apporte son appui à cette opinion ; au début des pelvi-péritonites on sent en général par une palpation profonde un empâtement marqué dans la fosse iliaque sur le trajet pelvien du canal déférent ; au toucher rectal, on remarque une tuméfaction des vésicules séminales qui sont grosses, très douloureuses, on peut parfois observer un empâtement dans le cul-de-sac vérico-rectal.

Gosselin (1) admet la possibilité de ce processus, il le mentionne tout en lui accordant la valeur d'une « anomalie bizarre ».

Enfin, l'anatomie normale confirme, elle aussi, cette dernière théorie.

Tillaux (2) admet qu'une péritonite par voisinage pourrait compliquer une inflammation des vésicules séminales. Car « la séreuse recouvre une partie de leur fond, de sorte qu'elles sont en rapport immédiat avec le péritoine dont les sépare une couche celluleuse lâche ».

Ces rapports intimes des vésicules séminales avec la séreuse sont diversement décrits par les auteurs. Pour Sappey (3), le cul-de-sac péritonéal tapisse toute la face antérieure des vésicules.

Benjamin Anger représente le cul-de-sac péritonéal descendant devant les vésicules séminales qui sont ainsi appliquées sur le rectum. Henle (4) est de l'avis d'Anger.

(1) Clin. chir. de la Charité, Paris 1879, t. II, p. 609.

(2) Tillaux, *Anat. descriptive*, 1894, t. IV, p. 546.

(3) Sappey, *Anatomie descriptive*, 1894, t. IV, p. 546.

(4) Henle, *Topographische anatomie des Menschen in beschreibung und Abbildung*, Berlin, 1883.

Pour Charpy (1), le cul-de-sac péritonéal tapisse la face postérieure des vésicules.

D'après le professeur Testut (2), le péritoine recouvre la base des vésicules séminales dans une étendue de dix à quinze millimètres seulement, et le feuillet viscéral du péritoine l'applique contre la vessie.

Pour Delbet (3) qui a étudié longuement la question « l'adhérence des vésicules à la vessie en avant, au rectum en arrière empêche toute pénétration du péritoine entre les organes. Celui-ci s'enfonce sur la ligne médiane en doigt de gant et forme un véritable infundibulum limité en avant par la base de la vessie, en arrière par la face antérieure du rectum, latéralement par les vésicules séminales ; cet infundibulum a 4 centimètres de profondeur ». Ce prolongement médian du péritoine se voyait fort bien sur les coupes de sujets congelés exécutées par Delbet.

Latéralement le cul-de-sac tend à s'insinuer légèrement, dit Delbet, derrière la partie la plus interne de la face postérieure de la vésiculé.

En résumé, « les vésicules sont logées dans une sorte de niche péritonéale qui recouvre leur face interne et leur base, mais laisse à découvert leurs autres parties (4) ».

Quant au canal déférent, dans la plus grande partie de sa portion abdomino-pelvienne, il est constamment situé au-dessous du péritoine.

Ces rapports si étroits contractés par ce conduit et les vésicules avec la séreuse pelvienne s'ajoutent aux données

(1) Charpy, *Leçons sur les organes génito-urinaires*.

(2) Testut, *Traité d'Anatomie*.

(3) Delbet, Paris, Th. 1895.

(4) Delbet, Paris, Th. 1895.

de l'anatomie pathologique et de la clinique pour former un faisceau de preuves en faveur de la théorie de Hunter.

Comment le gonocoque peut-il, du canal déférent ou des vésicules, gagner le péritoine ; les voies génitales dont l'épaisseur est notable ne seraient-elles pas pour ce microbe une infranchissable barrière ?

Toutes les espèces d'épithéliums peuvent servir de point d'entrée au gonocoque et particulièrement on sait que les épithéliums cylindriques lui opposent un obstacle beaucoup plus faible.

Bumm soutenait qu'il vivait à la surface des épithéliums, mais ne pénétrait pas dans leur profondeur ; il est reconnu actuellement que ce microbe pénètre dans un épithélium en le dissociant et en provoquant une infiltration leucocytaire.

Marcel Sée (1) a observé son mode de progression dans les tissus. « Il ne les dissocie pas brutalement à la façon des pyogènes ordinaires, mais s'insinue dans leurs interstices. »

D'après Finger (2), les gonocoques ne se multiplient pas seulement à la surface de la muqueuse du canal déférent « tandis que la plupart gagnent l'épididyme, d'autres traversent la paroi du canal, émigrent dans le tissu conjonctif suivant en cela le même mode d'envahissement que dans les trompes utérines. »

En effet, Wertheim (3), en 1892, a trouvé l'agent

(1) Loc. cit.

(2) Finger. *Traité des maladies vénériennes*.

(3) Wertheim, *Archiv. f. Gynäk.*, 1892, t. XVIII, Sammlung Klinik.

pathogène dans les salpingites, il l'a cultivé, inoculé avec succès, et sur des coupes, il l'a vu pénétrer profondément dans la muqueuse et arriver dans l'épaisseur de la musculaire.

Pourquoi ce processus si bien étudié dans les salpingites ne s'accomplirait-il pas dans les déférentites ?

De ces constatations, il résulte donc que la vieille hypothèse de Hunter, la plus séduisante et la plus simple, semble aussi la plus conforme aux théories actuelles.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Le nombre trop restreint d'observations ne permet pas de tracer un tableau clinique définitif. Pour la facilité de l'étude, on peut distinguer deux formes cliniques : une forme aiguë et une forme subaiguë ; la pelvi-péritonite aiguë est généralement bénigne, elle peut cependant se généraliser et devenir mortelle.

Pelvi-péritonite blennorrhagique aiguë

Le mode de début est variable ; le plus souvent l'orchio-épididymite primitive est à sa période d'état lorsque la pelvi-péritonite s'installe, progressivement, se caractérisant par une aggravation de l'état général, quelques vomissements, l'exacerbation des douleurs, une élévation de la température, cette évolution a été observée par Balzer (Observation XI), Guéillot (Observation XIII), Péan (Observation XIV). Le début de l'infection péritonéale coïncide avec le maximum des signes locaux de l'affection primitive.

OBSERVATION XI

Pelvipéritonite blennorrhagique chez l'homme consécutive à une orchépididymite (1).

G. (Joseph), âgé de 33 ans, terrassier, entre à l'hôpital Ricord le 4 mars dernier, pour une orchépididymite datant de 4 jours, survenue dix-huit jours après le début de la blennorrhagie. Le malade n'a aucun antécédent pathologique, aucune tare héréditaire ni personnelle, sauf qu'il est sujet depuis quelques temps à des crises nocturnes simulant l'accès d'asthme. Au point de vue des maladies vénériennes, il en est à sa première blennorrhagie, n'a jamais eu la syphilis. Le lendemain de l'admission, on constate une orchépididymite droite volumineuse. L'épididyme est très augmenté de volume, surtout du côté de la queue. Les douleurs sont très vives, soit spontanées, soit provoquées par la palpation. Le cordon est de la grosseur du petit doigt; il est dur et régulier. Les tuniques serotales sont rouges et œdématisées et les deux feuillets de la vaginale sont adhérents sur toute la face externe des testicules. Il n'y a point d'épanchement dans la séreuse vaginale. L'écoulement urétral a diminué depuis la disparition de l'orchite, comme c'est la règle presque générale, il est constitué par des leucocytes extrêmement nombreux, polynuclaires et quelques rares cellules épithéliales entre lesquelles et à l'intérieur desquelles sont logés des gonocoques. En même temps l'orchite s'accompagne d'un état général assez marqué, anorexie complète, soit vive, constipation opiniâtre.

Le traitement institué fut le traitement employé journellement au Midi dans le service: bains, stypage au chlorure de méthyle, balsamiques à l'intérieur. Le surlendemain de l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 6 mars, l'état général a empiré. L'anorexie est absolue, la langue saburrale, la constipation rebelle aux lavements. De plus, le malade a eu dans la journée quelques vomissements alimentaires auxquels on n'attache d'abord que peu d'importance.

(1) Mermel, *Gazette Médicale de Paris*, 5 août 1893, p. 367. cas observé dans le service de M. Balzer, à l'hôpital du Midi.

Localement les parties enflammées présentent le même aspect, mais les douleurs sont plus vives dans la région inguino-scrotale; le malade est mis au régime lacté partiel, tout traitement balsamique est cessé.

Le 7 mars, l'état gastrique continue ainsi que les vomissements qui restent alimentaires. Les symptômes généraux sont plus graves : la température a monté à 39 le matin, 40 le soir, le pouls est fréquent, les douleurs qui la veille siégeaient seulement dans la région inguino-scrotale tendent à envahir tout l'abdomen, mais restent cependant encore localisées dans la fosse iliaque droite et la région hypogastrique voisine; le malade est soumis au régime lacté intégral; lait froid par petites doses, pris dans la journée; potion de Rivière et glace à l'intérieur pour calmer les vomissements; contre la fièvre on donne 75 centigrammes de sulfate de quinine; une vessie de glace est en outre appliquée sur l'abdomen.

Le 8, tous les symptômes tant locaux que généraux atteignent leur maximum; la langue est blanche, étalée, la soif vive, l'anorexie absolue; les vomissements continus se sont modifiés: au lieu d'être constitués par du lait à demi digéré comme la veille, ils prennent dans la journée une couleur jaunâtre, puis verdâtre et finalement deviennent porracés. La constipation persiste, accrue encore par le régime lacté. Les douleurs abdominales parties de la fosse iliaque droite se généralisent à tout l'abdomen. Le malade ne peut plus supporter la plus légère exploration surtout celle de la région inguino-iliaque, le poids du sachet de glace même lui est pénible. En même temps le malade accuse une faiblesse extrême due autant à l'intoxication gonorrhéique qu'aux douleurs et aux vomissements qui ne lui laissent aucun instant de repos. La température qui au matin s'élevait à 39°4, le soir montait à 40°; le pouls marquait 120; le malade présentait en outre le faciès péritonéal classique, traits tirés, nez effilé, narines battantes, œil terne et renfoncé. Nul doute sur l'état de la péritonite que confirmait du reste l'état local de la région; le ventre d'une sensibilité extrême n'était point facilement explorable, néanmoins on parvenait à percevoir manifestement dans les régions de la fosse iliaque et hypogastrique une tension qui n'existait point de l'autre côté; on avait la sensation d'une résis-

fance pâteuse située profondément, au milieu de laquelle venait se perdre le canal déférent au sortir de l'anneau inguinal interne. Dans tout son trajet inguinal et scrotal, le cordon volumineux atteignait le calibre de l'index. Sa surface était régulière, lisse, sa consistance ferme et égale. Du côté du scrotum, on notait un œdème considérable des tuniques scrotales s'accompagnant de rougeurs et augmentation de la température locale. Le testicule et l'épididyme font corps avec les enveloppes, si bien qu'il est difficile d'apprécier leur volume respectif. Le testicule est légèrement hypertrophié ; quant à l'épididyme il est énorme, couché obliquement sur le testicule, présentant deux bons travers de doigts de diamètre ; il offre à son extrémité inférieure un renflement de la grosseur d'une noix. Constitué par la queue de l'organe, au niveau de laquelle les tuniques scrotales présentent leur maximum d'œdème et de coloration et donnent une sensation de pseudo-fluctuation. Le même traitement que la veille est prescrit,

Le 10 mars. Les symptômes généraux commencent à s'amender ; la fièvre encore élevée est déjà moindre, 38°5 le matin, 39 le soir ; les vomissements bilieux disparaissent ; l'état nauséux persiste cependant ainsi que l'anorexie et la soif vive. Le faciès grippé est moins accentué. Les douleurs de leur côté sont moins vives. Pas de modification locale appréciable.

Le 12. L'état s'est amélioré. L'anorexie persiste cependant encore et la langue conserve un enduit saburral. Les douleurs ayant diminuées, ainsi que les vomissements on supprime la glace et la potion de Rivière.

Le 13. L'état de mieux continue. La température tombe enfin à la normale ; le gonflement épididymaire est moindre.

Le 14, la détente générale et locale s'accroît ; le malade se sent mieux ; les douleurs abdominales ayant presque cessé ; les douleurs inguino-scrotales étant moindres permettent alors un examen plus complet des lésions. Les bourses présentent encore à la vue un volume énorme, surtout la bourse droite qui atteint le volume d'une orange de moyenne grosseur. On ne constate pas à la palpation d'épanchement dans la vaginale droite, tout au contraire au niveau de la queue de l'épididyme correspondante, on note de la vaginalite

adhésive ainsi qu'un épaissement notable des tuniques des Bourses. Le testicule augmenté de volume a cependant notablement diminué; l'épididyme a encore trois centimètres de diamètre et l'induration de la queue persiste très nettement. Le cordon dans son trajet inguino-scrotal acquiert le calibre de l'index et se sent très bien à travers la paroi du canal inguinal. A partir de l'anneau inguinal profond on peut suivre le canal déférent, de la grosseur d'un crayon, lisse, régulier, peu douloureux, facile à explorer, jusque dans la fosse iliaque, au niveau du détroit supérieur du bassin.

Le toucher rectal nous renseigne sur la portion originelle des voies spermatiques et nous montre la vésicule séminale gauche normale à peine perceptible; la droite au contraire présente le volume d'une très grosse amande et elle est irrégulièrement bosselée à sa surface, de consistance mollasse, sensiblement douloureuse. La prostate a son volume et sa consistance habituelle.

Du 15 au 17. La guérison s'opère: la malade est définitivement guéri de sa crise péritonéale et l'état gastrique s'est amendé; l'abdomen est encore un peu sensible, la constipation persiste, tout symptôme inquiétant a disparu; notons cependant qu'à cette date apparurent des accidents de congestion pulmonaire hypotastique des deux bases, durs au décubitus dorsal, et de légers signes de bronchite consécutive qui du reste furent sans conséquence. A partir de cette époque, on reprit le traitement interne antiblennorrhagique interrompu par l'épisode péritonéal, et l'on donna au malade 3 grammes de salol par jour.

Le 20. Tous les symptômes généraux avaient disparu, seuls les symptômes locaux, comme c'est la règle dans toutes les phlegmasies, étaient longs à abandonner le terrain. A cette date, les deux feuillets de la vaginale étaient encore soudés, l'épididyme du volume du ponce, le cordon du calibre du petit doigt.

Du 20 au 23. Rien de spécial à signaler: les lésions locales diminuent à vue d'œil.

Le 25, l'écoulement uréthral qui avait presque cessé reparait, fait qui n'a rien de rare et qui justifiait très bien les idées de mé-tastase gonorrhéique des anciens.

Le 8 avril, le malade demande à sortir, l'état général est bon;

l'appétit revenu. Localement, on ne constate plus qu'une induration légère de la queue de l'épididyme et une faible augmentation du volume du cordon. Le malade se plaint seulement de quelques douleurs testiculaires; l'écoulement urétral muqueux est presque guéri.

OBSERVATION XII (1)

M. X... se présente à moi, le 15 juin 1890, atteint d'une épididymite du côté droit et d'un catarrhe aigu de la vessie, accidents qui s'étaient développés à la suite d'une urétrite contractée le 12 mai. Comme le besoin d'uriner était impérieux, je fis garder le lit au malade, mettre des cataplasmes sur la région vésicale, des suppositoires à la belladone, puis, à cause de l'épididymite, porter un suspensoir. Avec ce traitement le malade parut se sentir mieux. Le besoin d'uriner ainsi que les douleurs dans le testicule diminuèrent, mais le 18 au soir, les douleurs dans le testicule droit augmentèrent rapidement, de sorte que le malade nous pria, un médecin et moi, de venir le voir. Nous le trouvâmes ayant la fièvre 39° 6, le pouls 103, la langue sèche; il avait avant notre arrivée vomé deux fois et se plaignait de nausées; le ventre était légèrement ballonné sur toute sa surface, sensible à la moindre pression, mais la douleur était surtout vive dans la région iléo-coécale et, à cette place, on sentait par la palpation une dureté de la largeur de la main. L'inflammation s'était communiquée au cordon spermatique et par le toucher on pouvait le percevoir de la grosseur d'un petit doigt; une pression le long du canal inguinal provoquait une douleur vive; cinq sangsues furent appliquées dans la région iléo-coécale. La douleur diminua et les symptômes de péritonite aiguë constatés par nous avaient disparu au bout de trois jours. Treize jours après, le testicule et le cordon spermatique étaient libres de toute douleur. La légère hydrocèle aiguë disparut lentement et vers la mi-août l'urétrite était guérie. Le 8 avril, le malade demande sa sortie; l'état général est bon, l'appétit excellent, le malade a engraisé. Localement on ne constate plus qu'une indu-

(1) De Zeissl, loc. cit.

ration légère de la queue de l'épididyme et une faible augmentation du volume du cordon.

OBSERVATION XIII (1)

V... Léon contracte une blennorrhagie dans les premiers jours de janvier 1881 ; son cours est normal et n'est guère signalé que par des érections très douloureuses. En février survient une cystite assez violente ; alors les érections deviennent de plus en plus douloureuses et s'accompagnent de pollutions dont l'une est sanguinolente. Le lendemain de cette dernière, le 3 février, apparaît une douleur dans l'aîne qui disparaît le jour suivant. Du 6 au 11 il y a une amélioration notable, mais à ce moment le testicule gonfle et le malade entre à l'hôpital avec une épididymite gauche ; le gonflement et la douleur remontent le long du déférent jusqu'au voisinage de l'anneau. Par le toucher rectal on constate les particularités suivantes ; la prostate sans augmentation de volume est douloureuse principalement dans son lobe gauche ; le col de la vésicule droite est sensible, celui de la gauche l'est beaucoup plus ; la pression à son niveau produit une vive douleur et provoque un besoin d'uriner ; le 16 apparaissent des douleurs assez vives dans le ventre, surtout dans la région sus inguinale gauche. Le 17 nous trouvons le malade avec une température de 39°2, des envies de vomir, un ventre très sensible, on assiste au début d'une péritonite. Bains prolongés, opium, large vésicatoire sur la région hypogastrique. Le soir il y a de la fièvre ; température 40°, de la céphalalgie ; pendant le jour deux selles douloureuses. Dès le lendemain, il se produit une amélioration manifeste ; la sensibilité du cordon et du ventre diminue rapidement et le 2 mars il peut quitter l'hôpital : il reste pendant longtemps un suintement urétral qui en octobre passe à l'état aigu, à la suite de rapports sexuels. Un mois après, le 4 novembre, nouvelle épididymite gauche accompagnée encore d'une déférentite très manifeste, puis surviennent des vomissements, de la céphalalgie, une douleur inguinale, mais les symptômes sont moins marqués que la première fois. De nouveau nous constatons

(1) Guéillot.

la sensibilité de la prostate qui cette fois est un peu tuméfiée et le col de la vésicule gauche qui donne au doigt la sensation d'une plume d'oie est très douloureux ; le malade ne quittait définitivement l'hôpital que le 15 décembre.

OBSERVATION XIV (1)

Epididymite double. Vésiculo-séminale droite. Prostatite légère.

M., Louis, 18 ans, orfèvre, entre le 26 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 4. Pas de blennorrhagie antérieure, le premier coït remonte au 1^{er} janvier ; le 10 janvier au matin douleur en urinant ; le 12 l'écoulement commence à se produire ; tisane de chiendent, pilules de nature indéterminée. Pas d'injection, la blennorrhagie continue ; du 16 au 18 juin, sans cause appréciable, les deux testicules grossissent, deviennent douloureux au point que le malade ne sait quelle posture garder ; il ne peut rester ni debout ni assis, ni couché. Inappétence, dégoût de tout aliment.

Etat actuel. Les bourses sont rouges et œdématisées ; les deux épидидymes sont volumineux et extrêmement douloureux, la pression sur les testicules provoque des douleurs moins vives, les deux cordons sont très sensibles, le droit surtout. Au toucher rectal, la prostate est dure, douloureuse, assez volumineuse. La vésicule séminale droite est notablement plus grosse que la gauche et la pression du doigt y détermine une douleur assez vive. Lavements, cataplasmes, bains.

30 juin. Amélioration, douleurs moindres.

3 juillet. Douleurs vives dans l'abdomen et en particulier dans l'hypogastre et les fosses iliaques, la moindre pression est insupportable. Inappétence, vomissements alimentaires et bilieux. Pouls 120. Température 39.8. Compresses sur l'abdomen, une bouteille eau de Sedlitz, diète.

5 juillet. Cet état de péritonisme est en grande partie disparu et il ne reste qu'un peu de douleur abdominale.

19. L'inflammation de la vésicule séminale a disparu. Le malade sort.

(1) Péan. *Clinique chirurgicale 1881 1882*, page 987.

Parfois, la pelvi-péritonite survient brusquement, l'orchite suit son cours normal, quand une douleur subite et violente apparaît dans une fosse iliaque, ce début soudain, dramatique, analogue à celui de la péritonite généralisée est rapporté dans les observations suivantes :

OBSERVATION XV (1)

Service du Dr Humbert, hôpital du Midi.

*Péritonite circonscrite d'origine déférentielle au cours d'une épidi-
dymite blennorrhagique. Guérison.*

Le nommé L... Georges, âgé de 22 ans, émailleur, entre à l'hôpital le 1^{er} septembre 1898 ; il est porteur d'une blennorrhagie qui date du 18 août. Le 30, elle s'est compliquée d'une orchite pour laquelle le malade avait demandé à entrer à l'hôpital. A l'examen, on constate une orchépididymite droite se continuant en haut avec une déférentite formant un cordon gros et dur que l'on sentait par la palpation non seulement dans le canal inguinal, mais aussi dans la fosse iliaque. Le malade est mis au repos et l'on prescrit le traitement ordinaire du service : Cataplasme, etc. La maladie suivait régulièrement son cours, lorsque dans la soirée du dimanche 11 septembre, le jeune homme a une crise violente de douleur. Le lendemain matin, à la visite, on trouvait toute la région inguino-scrotale tuméfiée et horriblement douloureuse. La fosse iliaque droite était empâtée, la peau rouge et chaude ; il y avait une grande défense de la paroi qui était contracturée ; le moindre frôlement exaspérait les souffrances du malade. Tout l'abdomen était sensible, mais la douleur atteignait son maximum dans la fosse iliaque, tout près de l'arcade de Fallope, en un point qui correspondait à peu près à l'orifice inguinal interne. Le testicule était aussi douloureux que le cordon. Le malade était immobile dans son lit, les cuisses légèrement fléchies, la face grippée, la langue sale. Le pouls était fréquent et un peu déprimé, le thermomètre marquait 38°5 à 39°. Au toucher rectal, le lobe droit de la prostate

et la vésicule séminale correspondante sont gros, empâtés et très douloureux à la pression à gauche, les mêmes phénomènes existent mais néanmoins moins accusés. Le lendemain 13 septembre, l'état du malade n'avait pas varié ; même empâtement, même douleur exquise le long du cordon. Arrêt des matières et des gaz depuis quarante-huit heures. M. Humbert prescrit des sangsues sur la région malade. Le 14, le malade allait mieux ; il était moins agité ; la douleur avait diminué ; l'amélioration se poursuivait assez rapidement. Le 18, le malade ne souffrait plus : il était allé à la selle la veille. Pouls régulier, température normale. La prostate et les vésicules séminales ont fortement diminué de volume ; on les sent à peine. Le malade quitte l'hôpital le 20 septembre.

OBSERVATION XVI (1)

M. R., s. p., 22 ans, vint chez moi le 1^{er} octobre, atteint d'une uréthrite datant de huit jours, il partit de Vienne le jour même. Le 23 décembre, je fus appelé chez lui et je le trouvai alité avec une prostatite aiguë.

Cette complication disparut bientôt avec un traitement approprié et le malade se sentit si bien qu'il put pour quelques heures quitter le lit. Le 15 janvier, malgré qu'il eut passé toute la journée étendu sur un canapé et qu'il ne se rappelait pas avoir enfreint la diète ordonnée, il ressentit de vives douleurs dans le testicule gauche. L'épididyme gauche ainsi que le cordon spermatique du même côté étaient fortement tuméfiés et très sensibles à la moindre pression. Le malade avait eu deux années auparavant une épididymite au côté droit ; je lui fis mettre un suspensoir après lui avoir d'abord appliqué sur la partie gauche du scrotum un onguent à la belladone.

Les douleurs diminuèrent après l'application du bandage et le malade qui gardait le lit se portait passablement. Dans la nuit du 17 au 18 janvier, je fus appelé auprès de lui ; il se tordait dans son lit avec douleurs abdominales violentes ; le ventre était légè-

(1) De Zeissl.

ment ballonné ; la moindre pression faite sur l'abdomen amenait de vives douleurs et le malade poussait des cris dès qu'on essayait d'exercer une pression sous la région ilio-coécale.

Température 38°8, pouls 112 ; langue sèche, des nausées ; je lui fis prendre comme médicament interne un centigramme de morphine, appliquer sur le ventre des cataplasmes aussi chauds que possible que je fis continuer toute la journée attendu que ces derniers apaisaient les douleurs ; contre les nausées, des morceaux de glace.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes relatés disparurent dans l'espace de quatre jours et le malade qui était pris quinze jours plus tard d'une cystite aiguë accompagnée d'hématurie fut enfin, le 18 mai, guéri de sa blennorrhagie.

Dans ces trois cas, le sperme des malades qui était émis avait des pollutions contenant du sang.

Un mode de début de pelvi-péritonite plus curieux encore est celui que décrit Michel Peter : l'orché-épididymite était en révolution quand des frissons ouvrent brusquement la scène, accompagnés d'état fébrile, de nausées, de vomissements, faisant penser au début d'une fièvre éruptive, au point que Velpeau envoie son malade dans un service de médecine ; l'erreur de diagnostic dura peu ; le lendemain, les symptômes de péritonite existaient nettement. Ce début dans le décours d'une orché-épididymite ou d'une blennorrhagie simple est aussi rapporté dans les observations X et XVIII.

OBSERVATION XVII

Sur un cas d'épididymite blennorrhagique suivie d'inflammation de la vésicule séminale et de péritonite. — Mort, autopsie ; par Michel Peter, interne des Hôpitaux

Landais (Louis), âgé de 16 ans, de constitution assez débile, entre le 4 juin 1856 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Vel-

peau, pour y être traité d'une épididymite blennorrhagique siégeant à gauche; la blennorrhagie datait de quinze jours environ et l'épididymite de cinq jours. L'épididymite marchait assez rapidement vers la résolution et l'écoulement avait cessé quand le vendredi 13 juin, le malade éprouve des frissons, un sentiment de malaise général en même temps qu'il a des nausées et des vomiturations. Cet état se continue le 14 juin, on croit à l'invasion d'une fièvre éruptive. 15, vomissements bilieux abondants et continuels, douleurs légères à l'abdomen; on fait passer le malade dans une salle de médecine et il entra le 17 juin dans le service de M. Cruveilhier. On peut constater à la visite du soir une douleur extrêmement vive de l'abdomen qui n'est point ballonné, le malade reste immobile sur le dos; les mouvements respiratoires augmentent ses douleurs, la face est grippée, il y a une petite toux sèche peu fréquente et une dyspnée manifeste résultant de la gêne des mouvements du diaphragme; 35 inspirations par minute; le pouls est assez plein, 105 pulsations; le pouls est dépressible mais n'a point la petitesse du pouls de la péritonite; soif vive; vomissements bilieux, fréquents et involontaires; il n'y a pas de hoquet; insomnie et céphalalgie légère; intelligence intacte. Le testicule gauche et l'épididyme correspondant forment une tumeur du volume d'un petit œuf de poule; l'épididyme induré n'est pas très douloureux au toucher. Il n'y pas d'épanchement dans la tunique vaginale. On n'observe rien d'anormal le long du cordon. Diagnostic: Péritonite, laquelle a pu avoir lieu; 1° par propagation de l'inflammation de la tunique vaginale non oblitérée au péritoine, ou 2° par contiguïté du canal déférent et de la vésicule séminale gauche au péritoine sus-jacent. Or la tunique vaginale étant oblitérée le long du cordon, la seconde hypothèse, seule vraisemblable alors, est celle à laquelle on s'arrête. Application de vingt-cinq sangsues sur le ventre. Onction mercurielle; cataplasmes. Boisson gazeuse, glace. Les sangsues coulent assez abondamment, mais il n'y a qu'un faible soulagement. 18, A la visite du matin, même état général, l'abdomen est toujours très douloureux, sans ballonnement. 19, Face toujours grippée couverte de sueurs, douleur de l'abdomen toujours vive. Vomissements moins abondants, selles vertes, copieuses. Un peu de délire le matin. Le côté gauche du thorax est égale-

ment devenu douloureux. Pas de matité appréciable, 40 inspirations, pouls 110. On soupçonne une pleurésie diaphragmatique. Délire dans la nuit du 19 au 20 ; 20, face très grippée, hippocratique ; peau froide ; pouls à 110, petit, misérable. Abdomen toujours très douloureux et toujours déprimé. Douleurs dans les deux côtés de la poitrine. Mort à cinq heures de l'après-midi.

Autopsie; Abdomen. Péritonite généralisée : un litre de sérosité purulente épanchée dans le petit bassin ; sérosité purulente et glutineuse recouvrant les intestins ; quelques fausses membranes peu adhérentes et infiltrées de pus sur le colon ascendant et le foie. Fausses membranes vasculaires et adhérentes reliant le diaphragme à la rate et à l'estomac. Estomac et intestin parfaitement sains. Foie et rate volumineux et un peu congestionnés ; rien dans les reins ni dans la vessie. Les organes génitaux sont enlevés soigneusement et examinés avec M. Godard, l'urèthre n'est rouge qu'à sa partie antérieure et dans l'étendue de 4 centimètres environ ; il est pâle dans le reste de son trajet ; en pressant la prostate on fait sortir une grande quantité de liquide crémeux, purulent. De la prostate incisée on fait également sourdre une série de gouttelettes de pus qui s'échappent manifestement de chacun des follicules prostatiques, et non du parenchyme de la glande qui n'est ni rouge ni tuméfiée. C'est là une prostatite canaliculaire. La vésicule séminale droite correspondant au testicule sain ne contient qu'une petite quantité de liquide spermatique dans lequel on trouve au microscope des cellules épithéliales, des granulations et très peu de spermatozoïdes morts d'ailleurs. Dans la vésicule séminale gauche, on ne trouve qu'une faible quantité de liquide purulent dans lequel le microscope démontre l'existence de globules de pus mêlés aux cellules épithéliales ; il n'y a point de spermatozoïdes. Cette vésicule est plus volumineuse qu'à droite parce que le tissu cellulaire qui l'entoure est injecté et très épaissi. Le péritoine sus-jacent est manifestement plus vascularisé qu'en aucun autre des points où siège cependant l'inflammation. Au niveau du point où il contourne la vésicule séminale gauche le canal déférent est extérieurement très injecté ainsi que le tissu cellulaire

ambiant : là d'ailleurs, comme dans sa partie pelvienne, le canal est tuméfié, induré et il adhère intimement au péritoine qui le tapisse. Le tissu cellulaire sus-jacent est évidemment induré comme il l'est dans le cas d'inflammation et le péritoine est en ces points plus friable ; la muqueuse du canal est pâle. L'épididyme gauche est beaucoup plus gros que le droit ; sa tête est à peu près quintuplée de volume : son corps est deux fois plus volumineux qu'à droite et, enfin, sa queue forme avec la tunique vaginale une masse du volume d'une grosse noisette, Incisée, cette partie de l'épididyme offre l'aspect d'une masse fibro-cellulaire rouge. Poitrine ; pleurésie diaphragmatique double. Articulations : rien dans les séreuses.

Il est rare que le syndrome péritonitique apparaisse au complet dès le début ; les deux premiers symptômes de la pelvipéritonite blennorrhagique sont les vomissements et la douleur ; ils surviennent, en général, en même temps parfois, l'un précède l'autre et c'est par leur description détaillée, en faisant ressortir leur valeur séméiologique, que nous commencerons la symptomatologie.

DOULEUR. — Son point de départ est, en général, dans la région inguino scrotale. Elle apparaît rapidement dans une fosse iliaque et la région hypogastrique, elle s'irradie peu tout d'abord, une pression superficielle l'augmente, elle s'accompagne d'une contraction reflexe de la paroi et d'hypéresthésie cutanée ; les grandes inspirations, les accès de toux l'exagèrent ; la palpation profonde de la fosse iliaque permet de percevoir un empâtement très douloureux localisé sur le trajet du canal déférent, au niveau du détroit supérieur du bassin ; si on pratique alors le toucher rectal, on remarque souvent une tuméfaction au niveau des vésicules séminales, l'empâtement peut siéger au fond du cul-de-sac

vésico-rectal ; cette exploration est extrêmement douloureuse ; la douleur se généralise souvent à tout l'abdomen.

VOMISSEMENTS.— Ils ne manquent jamais et constituent un symptôme précieux de la pelvi-péritonite ; précédés d'état nauséeux, accompagnés de hoquet, ils sont tout d'abord alimentaires « à ce point qu'on n'y attache parfois peu d'importance » comme chez le malade de Balzer ; ils sont bilieux ensuite, puis deviennent nettement porracés ; ils sont très bien étudiés dans les observations XI, XVII.

L'examen local, la palpation peuvent parfois renseigner sur le siège exact de l'affection « on peut sentir le canal déférent jusque dans le petit bassin au voisinage du détroit supérieur au moment où il va se perdre dans les exsudats péritonéaux. Obs. XI ». La recherche par le palper de la tuméfaction au niveau du canal déférent est parfois difficile au début à cause du météorisme, ou de la contracture ; ce n'est que lorsque l'orage s'est calmé que cette recherche peut être instructive ; au début, on ne sent parfois qu'un empâtement diffus dans la fosse iliaque ; le toucher rectal donne des renseignements plus précis.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — L'habitus extérieur du malade est celui de la péritonite classique ; le malade paraît anxieux, les yeux brillants, excavés, les narines pincées, le nez effilé ; il immobilise sa paroi abdominale et retient sa respiration ; il est dans un état de faiblesse extrême, il a le pouls petit, précipité et une fièvre intense.

LA TEMPÉRATURE, dans la pelvi-péritonite blennorrhagique est très élevée ; elle monte brusquement à 39 et 40 ; dans

l'observation XI, la température est de 39° le matin, 40° le soir ; on note 39°2 le matin, 40° le soir dans l'observation XIII, 39°8 dans l'observation XIV, 38°8 dans l'observation XVI, 39°6 dans l'obs. XII. On pourrait objecter que la température n'est pas un indice caractéristique, on peut, en effet, l'attribuer à l'épididymite ou à la déférentite primitives, celles-ci étant habituellement accompagnées d'état fébrile ; il existe des cas, cependant, où l'épididymite est apyrétique ou, encore, en résolution et dans lesquels une élévation subite dans la courbe thermique fera soupçonner l'infection péritonéale. (Obs. XVII) ; de plus, la température de la pelvipéritonite est très élevée et oscille entre 39 et 40° ; la fièvre dépasse rarement 39° dans l'infection blennorrhagique des voies génitales.

Gueillot (1), en 1882, avait déjà insisté sur ce point : « Nous croyons à peu près nuls les symptômes généraux dans les spermatocystites. Faye (2) les admet, mais en faisant remarquer que l'inflammation des vésicules séminales existe rarement seule et que la phlegmasie des organes voisins entre pour sa part dans la production de la fièvre... Nous croyons que les symptômes généraux lorsqu'ils existent indiquent une complication et doivent faire craindre surtout la propagation de l'inflammation à la séreuse abdominale. »

En résumé, dans la pelvi-péritonite même bénigne les symptômes généraux et locaux sont très accusés : l'affection débute par des douleurs intenses dans une région inguino-scrotale qui se propagent ensuite à la fosse

(1) Gueillot, Paris, Th. 1882.

(2) Faye, *De vesiculis seminalibus dissertatio*. Skienae pars. prior, 1840, pars post., 1841.

iliaque correspondante et peuvent se généraliser ; le malade est en proie à des vomissements répétés, à une fièvre intense, la constipation, la dysurie, le pouls, l'état général, le faciès péritonéal complètent le tableau.

La pelvi-péritonite blennorrhagique de l'homme est caractérisée par sa courte durée, l'intensité des phénomènes locaux et généraux, sa bénignité relative.

L'inflammation de la séreuse pelvienne a en effet une courte évolution. Marcel Sée (1) dit que dans les séreuses le gonocoque disparaît en général rapidement : « peut-être faut-il avec Finger attribuer ce fait à l'élévation de température, fièvre qu'il provoque et qu'il supporte mal ? »

Si l'on admet que le gonocoque est l'agent pathogène de la péritonite, cette explication paraît expliquer l'évolution rapide de cette infection où la température est très élevée ; le second caractère qui frappe à la lecture des observations c'est l'intensité des phénomènes locaux et généraux ; un autre caractère est la bénignité de l'affection ; il semble que dans sa réaction défensive, la séreuse pelvienne mobilise toutes ses forces vives pour endiguer l'infection et protéger l'intégrité du reste du péritoine, parfois cette thérapeutique naturelle dépasse les limites et on peut avoir une généralisation du processus inflammatoire ; cependant les cas sont rares de péritonite mortelle : nous n'en avons retrouvé que quatre dans la littérature médicale. (Observation XII et les deux suivantes.)

(2) Marcel Sée, loc. cit.

OBSERVATION XXVIII.

Péritonite aiguë généralisée d'origine blennorrhagique (1)

X..., sous-officier, a été admis à l'hôpital le 12 mai pour urétrite blennorrhagique. Il en est sorti, sur sa demande, le 5 juin suivant, paraissant guéri et n'ayant éprouvé aucune complication vésicale, ni même testiculaire. Il était à peine sorti depuis une heure, lorsqu'il fut pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, puis de coliques et de nausées qui l'obligèrent à se réfugier chez un pharmacien. Quelques cuillerées d'une potion éthérée parurent le calmer, se croyant seulement indisposé, il voulut rejoindre son casernement, n'y arriva qu'avec peine et fut aussitôt pris de vomissements qui décidèrent sa réintégration à l'hôpital où il arriva dans la soirée. Alors déjà le diagnostic s'imposait, le faciès grippé, la continuité des vomissements, d'abord bilieux, bientôt fécaloïdes, la persistance des coliques avec exacerbation de la douleur au moindre attouchement, l'absence de toute évacuation alvine, le météorisme général sans localisation de matité, enfin la rapidité et la dépression du pouls ne laissent aucun doute. Des onctions belladonnées, l'application permanente de la glace, enfin plusieurs lavements parurent seulement quelque peu calmer la douleur.

La journée du 6 passa sans aucune autre modification, le balonnement abdominal demeurant peu appréciable. Il en fut de même dans la matinée du 7, mais dans la soirée du même jour les symptômes s'accrochèrent, le malade fut pris de hoquets continus, puis sans doute sous l'action de l'opium administré d'heure en heure à la dose de 0.01, il tomba dans un état demi-comateux dont il était du reste facile de le tirer, et manifesta alors une crainte très justifiée d'une prochaine issue fatale. Dans la nuit du 7 au 8, l'évolution s'accrocha plus rapidement encore. A la visite du matin, le ventre parut plus proéminent, bombé, lisse et mat dans sa moitié inférieure; l'haleine était horriblement fétide, le pouls très

(1) Dr Challan de Belval, *Journal de Méd. et Chir. pratiq.*, p. 456. 1893.

fréquent et misérable, la température qui n'avait jamais dépassé 37°6 fut trouvée à 36° et le malade agité de hoquets affreusement pénibles prit une expression douloureuse tout en conservant sa pleine connaissance et respirant encore très librement, soutenu, semble-t-il, par plusieurs injections sous-cutanées d'éther. On pratiqua immédiatement une laparotomie sous chloroforme. Je fis sur la ligne blanche, au dessous de l'ombilic, entre les bords internes des muscles droits une incision verticale de dix centimètres de longueur, le péritoine déjà manifestement adhérent fut, non sans difficultés, débridé sur la sonde cannelée : une anse intestinale accolée par des masses fibrineuses fut écartée et l'ouverture donna de suite issue à un flot de pus infect et de couleur gris sale. Ayant alors sous la main soulevé la masse intestinale, je procédai à un lavage méthodique de la cavité avec une solution à 40° d'eau borriquée préalablement filtrée et bouillie. Enfin, le bassin fut rapidement expurgé à l'aide de paquets de gaze aseptique. Mais l'état de faiblesse du malade était tel que j'avais dû déjà suspendre la chloroformisation et même pratiquer la respiration artificielle sous le courant faradique. Dans ces conditions il nous parut, à mon collègue Ferron et à moi, inutile d'insister sur quelques tentatives fort délicates de rupture des adhérences péritonéales. Je pratiquai rapidement une suture péritonéale au catgut, puis deux autres sutures musculaires et sous-cutanées et maintins un gros drain dans la cavité.

Malgré les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées d'éther, l'électricité même, il fut seulement possible de le soutenir quelques heures, la sidération fit de rapides progrès et la mort survint sans autre manifestation.

L'autopsie fut pratiquée dans l'après-midi du 9 ; elle montra avec une intégrité absolue de tous les organes splanchniques, cœur et poumon compris, les lésions caractéristiques de la péritonite purulente exsudative avec accollement des anses intestinales. Tout l'épiploon était recouvert d'un exsudat jaunâtre avec prolongement fibrineux adhérents à la masse intestinale qu'il fallut, pour la pouvoir examiner, disséquer avec de grandes précautions. L'intestin grêle contenant encore une petite quantité

de matière fécaloïde avait la teinte ardoisée de la diffusion sanguine mais ne présentait, non plus que le gros intestin examiné dans toute sa longueur, pas le moindre indice ni de perforation ni d'ulcération ni d'entérite aiguë ou chronique ; le bassin d'où paraissent également de fibres adhérentes contenait encore une certaine quantité de pus caséeux d'une extrême féridité

Foie, rate, pancréas, sains. Reins légèrement congestionnés, sans trace de pus, poids normal, la vessie baignée dans le pus n'en contenait pas à l'intérieur. Enfin, l'examen microscopique du pus nous le montra rempli de microbes Schyzomycètes et d'exsudats en voie de décomposition putride. Il ne contenait ni traces de particules alimentaires, ni gonocoques nettement caractérisés. Le pus récolté pendant l'opération n'en contenait pas non plus, du moins d'une façon évidente.

Tels sont les faits. Sont-ils suffisants pour autoriser le diagnostic de péritonite d'origine blennorrhagique ? Les antécédents du malade aussi bien que l'évolution de la maladie ne seraient assurément que des indices si l'autopsie n'avait montré l'intégrité absolue de tous les organes splanchniques, y compris l'intestin examiné dans toute son étendue. Mais, dira-t-on, le pus ne contenait pas de gonocoques évidents. C'est vrai ; mais, ne sait-on pas aussi que le gonocoque spécifique de la blennorrhagie se développe toujours en compagnie d'autres cocci fort peu dissemblables, et puis ces gonocoques caractéristiques n'étaient-ils pas, alors que le pus a été examiné, déjà saisis par la décomposition putride ? Leur absence ne serait donc pas un motif exclusif d'élimination. En résumé donc, aussi bien les antécédents du malade que les constatations de l'autopsie nous paraissent justifier très suffisamment notre diagnostic de « péritonite aiguë d'origine blennorrhagique.

OBSERVATION XIX (1)

Un officier d'artillerie, âgé de 35 ans, fut transporté mourant à l'hôpital Fort-de-France (Martinique), la peau était collante, froide, le visage contracté, le pouls petit, fréquent, presque filiforme. Violent mal de tête ; les dents sont sèches, sans éclat, les gencives fuligineuses, la langue très rouge et chargée sur les bords tirant sur le vert ; la soif est très grande. Le malade vomit une matière couleur de bile ; le ventre est tendu, très douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite. Depuis deux jours il n'avait pas été à la selle et la petite quantité d'urine rendue était de couleur foncée. Le long du cordon spermatique droit on pouvait voir les traces de piqûres de sangsues. Il y avait une épididymite au côté droit accompagnée d'une hydrocèle aiguë. On avait appris d'un camarade du malade que ce dernier avait été atteint, vingt jours avant son entrée à l'hôpital, d'une uréthrite qu'il avait soignée lui-même par des injections. Six jours avant son entrée à l'hôpital, l'écoulement, par suite de marches forcées et de fatigues avait cessé et une inflammation des testicules se fit remarquer. Les douleurs du ventre ainsi que les graves symptômes duraient depuis trois jours. Le malade mourut le jour où il fut apporté à l'hôpital. L'autopsie qui fut faite quatorze heures après-le décès donna les résultats suivants : l'abdomen est gonflé par des gaz ; la peau du scrotum a une teinte bleuâtre ; on trouve des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à droite.

Le péritoine surtout dans la fosse iliaque droite est couvert de fausses membranes. Environ 300 grammes d'un liquide séro purulent se trouve dans la fosse iliaque droite et le petit bassin. Les vaisseaux de la tunique séreuse de l'estomac, de l'intestin grêle et surtout du colon ascendant sont injectés. La rate est remplie de sang. Dans la tunique vaginale droite se trouve un liquide séro-purulent (100 grammes), la séreuse est injectée, on trouve en différents

(1) Rougon, Union Médicale, 1876. Vol. II, page 651.

points des pseudomembranes. L'épididyme droit est grossi, rouge et ecchymosé, après l'avoir sectionné on remarque quatre points purulents. Le cordon spermatique droit est épaissi il se trouve dans ses enveloppes une quantité d'exsudat plastique. La prostate, les vésicules séminales et l'urèthre ne furent pas examinés.

PELVI-PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE SUBAIGUE

La forme subaiguë est caractérisée par une moindre intensité des symptômes locaux et généraux précédemment étudiés ; le malade a une fièvre modérée, la douleur est localisée dans une fosse iliaque, elle est moins violente que dans la forme aiguë. Cette pelvi-péritonite est toujours benigne ; c'est plutôt du péritonisme qu'une péritonite franche.

OBSERVATION XX

Bour..., 28 ans, entre le 28 novembre 1881, salle Nélaton n° 31. Père et mère morts hydropiques, il a perdu huit frères ou sœurs il ne sait de quoi. L'an dernier violente attaque de rhumatismes guéris cependant au bout de quinze jours. Il y a deux ans, il eut une blennorrhagie qui dura trois mois, n'étant pas soignée par autre chose que par des injections d'eau froide. Il raconte que le 24 novembre, en passant par dessus une balustrade, il fit un faux mouvement et s'assit sur le testicule droit; il en résulta une telle douleur qu'il se trouva mal. Il put cependant regagner son domicile à pied. Le lendemain, il lui fut impossible de travailler et dans la soirée, la fièvre s'alluma et le testicule augmenta de volume.

(1) Péan *Clinique Chirurgicale* 1883-1884.

Pendant les deux jours qui suivirent le mal empira et il eut des envies d'uriner avec inappétence absolue. Etat à son entrée : le faciès est profondément altéré, un peu péritonéal. Fièvre, faiblesse extrême. La partie droite du scrotum est rouge, mais on ne sent aucun liquide dans la vaginale. Le testicule coiffé de son épидидyme forme une tumeur aplatie extrêmement sensible, très dure au niveau du corps testiculaire, plus mollesse au niveau de l'épididyme. Le canal déférent est un peu atteint, il souffre dans l'aîne droite et la région lombaire correspondante. Au méat, on fait sourdre du pus. Constipation opiniâtre. Il tousse beaucoup mais on n'entend que quelques râles de bronchite. 6 sangsues sur le scrotum. Cataplasmes. Elévation des bourses. 29 novembre, un peu de soulagement par les sangsues. Il se sent mieux aujourd'hui 1^{er} décembre. Amélioration très considérable depuis hier matin ; le testicule est plus souple et maintenant on sent nettement que c'est surtout l'épididyme qui est pris, ce qui confirme l'idée d'orchite blennorrhagique.

8. L'épididyme est encore un peu empâté ; au toucher empatement et douleur du lobe droit de la prostate qui a le volume d'une amande.

10. La phlegmasie prostatique parait avoir retrocédé ; on ne sent plus qu'un petit noyau douloureux. Exeat.

OBSERVATION XXI (1)

Résumée

M. X., lieutenant, a une blennorrhagie aiguë avec cystite du col le 1^{er} août 1899 ; le 10 août névralgie sciatique gauche très douloureuse ; le 1^{er} septembre après 15 jours de guérison apparente orchépididymite droite, funiculite, *douleurs péritonéales*, sans vésiculite ni prostate ; puis le 5 phlébite des veines du mollet avec douleurs, œdème de la jambe. Ponction de la vaginale, pommade belladone ; pansement ouaté compressif ; guérison définitive et complète le 1^{er} novembre.

(1) Batut. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 8 juillet 1900, p. 642 ; *Lyon Médical* 1900, p. 577.

OBSERVATION XXII (2)

Urétrite. Cystite du Col. Pelvipéritonite localisée. Evacuation purulente par la vessie. Guérison.

Got. Joseph, 19 ans, mécanicien entré le 4 avril 1900, à l'hospice de l'Antiquaille à la Clinique de M. le Professeur Rochet ; il souffre depuis un mois et demi d'une blennorrhagie avec incontinence d'urine permanente ; le malade reste constamment debout, court à chaque instant à la garde-robe, urine quelques gouttes et souffre beaucoup après chaque miction. Pas d'hématuries ; ténesme rectal, douleurs lombaires ; urines complètement troubles, blanchâtres ; disque d'albumine. Fièvre modérée.

1^{er} mai : Rétention, fausse incontinence. Etat du malade stationnaire.

3 mai : Les douleurs lombaires persistent, elles sont accompagnées de douleurs profondes dans la région hypogastrique. Constipation température 39.

4 mai : Les douleurs sont de plus en plus intenses ; elles sont toujours localisées à la région hypogastrique ; la palpation même superficielle est très mal supportée et les exagère ; contracture réflexe de la paroi abdominale. Température 39. Pas de vomissements ; léger état nauséux ; anorexie, mauvais état gastrique.

5. Le malade est toujours dans le même état ; des douleurs apparaissent dans la région périnéale celle-ci est oedématiée ; la peau du scrotum est nettement enflammée ; persistance de l'état fébrile. Le toucher rectal est extrêmement douloureux : la prostate est saine, peu douloureuse, mais au-dessus d'elle, on sent un empatement extrêmement douloureux au niveau du cul-de-sac péritonéal ; le bas fond de la vessie est enflammé.

6. Le malade a uriné une quantité considérable de pus presque pur, peu mélangé d'urine la couleur de ce liquide émis est net-

tement plus tranchée que celle des urines de la veille qui étaient seulement troubles ; c'est un liquide épais et jaune.

On pratique le cathétérisme de la vessie qui à la fin du sondage, ramène du pus pur, crémeux et épais.

Il est probable qu'on se trouvait en présence d'une périecystite avec abcès siégeant dans le cul-de-sac vésico rectal, abcès qui se sera ouvert dans la vessie.

7. Les phénomènes généraux se sont calmés, la température est tombée, les douleurs du malade ont diminué d'acuité ; les urines ont repris leur coloration des jours précédents.

Etat très amélioré.

OBSERVATION XXIII (1)

E. Chaudronnier, né à Lyon, 23 ans, entre le 28 août à la clinique, des maladies des voies urinaires de l'hospice de l'Antiquaille, salle 2, lit 52, il souffre d'une blennorrhagie qui a débuté il y a trois semaines ; depuis huit jours, fourmillements et pesanteur scrotale ; il y a deux jours, l'écoulement s'est arrêté et il s'est déclarée une orchite droite, le malade souffre beaucoup dans l'aîne et la fosse iliaque droite ; la douleur s'exagère à la pression, au toucher rectal la prostate ne présente rien de particulier : elle est un peu grosse, non douloureuse, mais au-dessus d'elle, on remarque une tuméfaction douloureuse au niveau du fond de la vessie et des vésicules ; on sent aussi un empâtement marqué dans le cul-de-sac vésico rectal : le toucher est très douloureux à ce niveau, température 38 ; état général mauvais ; anorexie, constipation ;

16. Les douleurs sont aussi violentes dans le flanc et l'hypogastre, elles sont toujours localisées, léger état nauséux, pas de vomissements, faciès grippé, fièvre 38.5.

17. L'état du malade reste stationnaire, le toucher rectal ne révèle aucun changement dans la tuméfaction constatée les jours précédents.

(1) Rochet, inédite.

18. Le malade va mieux, l'état général semble très amélioré ;
19. Le malade veut sortir, le toucher rectal à ce moment donne toujours les mêmes renseignements que les jours précédents.

Dans cette dernière observation, l'inflammation péritonéale s'accompagnait de peu de symptômes généraux, et sans les indications fournies par le toucher rectal, il eut été impossible d'affirmer l'existence de la pelvi-péritonite ; il est très probable que cette forme de pelvi-péritonite fruste est assez fréquente et que dans beaucoup d'orchépididymites blennorrhagiques avec douleurs abdominales intenses et mauvais état général, il existe, en même temps, un peu d'inflammation du péritoine pelvien qui reste inaperçue ; c'est dans ce cas que le toucher rectal peut être précieux.

DIAGNOSTIC

Malgré la rareté de cette affection, le diagnostic de pelvi-péritonite blennorrhagique est généralement facile lorsqu'on a décelé un écoulement antérieur, ainsi qu'une épидидymite et une déférentite primitives ; mais il est des cas où l'épididymite n'existe pas et dans lesquels le syndrome péritonique ne peut être rapporté tout d'abord à la blennorrhagie, les symptômes observés faisant penser à l'appendicite, l'obstruction intestinale, une péritonite par perforation, etc. ; il serait utile, dans ces cas, de pra-

tiquer le toucher rectal, et si l'épididyme n'est pas encore enflammé, du moins trouverait-on des signes du côté des vésicules séminales. L'observation suivante montre la difficulté que peut présenter parfois le diagnostic.

OBSERVATION XXIV (1)

Le jeune homme qui est couché au n° 41 de la salle Sainte-Vierge depuis quatre jours se plaignait le jour de son entrée de quelques coliques sans diarrhée, occupant particulièrement la région hypogastrique et le flanc droit. Ces douleurs s'étaient accompagnées d'un peu de fièvre, d'inappétence et de trois vomissements verdâtres. Le jour où nous avons vu le malade pour la première fois, il avait le pouls à 95 et la peau un peu chaude. Il accusait des douleurs dont je viens de parler. La pression était douloureuse quoique modérément sur l'hypogastre et dans la région iliaque droite. Il n'y avait pas de ballonnement. Les symptômes que je constatais étaient ceux d'une péritonite. Mais à quoi pouvait elle tenir ? Cette maladie sous la forme spontanée est très rare chez l'homme et si on l'a vue quelquefois primitive elle est bien plus souvent consécutive à d'autres lésions. Nous ne pouvions songer ici à une obstruction intestinale car les voies digestives étaient libres, le malade avait été à la garde-robe presque tous les jours. Nous ne trouvions aucun indice de l'inflammation du cœcum ni de l'appendice cœcal, maladies qui se propagent quelquefois au péritoine et enfin les symptômes étaient trop faiblement accusés pour que nous ayons pu nous arrêter un instant à l'idée d'une perforation intestinale. Il s'agissait donc là d'une péritonite ou spontanée, ou consécutive à quelque cause peu ordinaire. En continuant mes investigations, j'appris que ce jeune homme avait depuis trois semaines une blennorrhagie aiguë et qu'il n'avait pas cessé depuis le début de cette maladie, d'éprouver des douleurs assez vives en urinant.

(1) Gosselin, *cliniqu. chirurg. de l'hôpital de la Charité de Paris* 1879, t. 2, p. 609.

J'explorai la prostate par le toucher rectal. Cette glande n'était pas tuméfiée, mais, en portant mon doigt au delà de sa base, au niveau du col des vésicules séminales, je fis naître par la pression une souffrance plus prononcée en cet endroit qu'au niveau de la prostate elle-même. Examinant ensuite les testicules, je ne trouvai rien de particulier à gauche ; mais l'épididyme droit sans être notablement gonflé était douloureux à la pression. Il n'y avait aucun gonflement sur le trajet du cordon mais le malade m'indiqua la portion sous inguinale et inguinale de ce dernier comme étant le foyer principal des douleurs qu'il ressentait dans toute la région hypogastrique et qui paraissaient s'irradier en s'affaiblissant de la région inguinale vers la partie voisine.

Je vous fis remarquer alors que ce malade me rappelait trois observations de péritonite blennorrhagique publiées par M. Peter, les deux autres par Godard. Dans les deux premières la péritonite s'était accompagnée d'orchite était passée à l'état aiguë et à la suppuration et s'était terminée par la mort. Je pensais que sur notre malade, il s'agissait probablement d'une péritonite blennorrhagique dans laquelle l'inflammation partie de la vésicule séminale et du canal déférent s'était par une anomalie bizarre propagée au péritoine.

Ne sachant pas encore si cette péritonite resterait isolée ou si elle était le prélude d'une épididymite, je pensai qu'il y avait lieu de la traiter énergiquement pour éviter s'il était possible son aggravation et empêcher la suppuration. Je prescrivis 12 sangsues sur le flanc droit, 50 centigrammes de calomel et des cataplasmes sur le ventre. Le lendemain nous trouvâmes l'abdomen beaucoup moins douloureux ; il n'y avait plus eu de vomissements, le pouls était à 80 et la chaleur à peu près normale.

Mais il s'était fait un gonflement notable et douloureux, sur la queue de l'épididyme et sur la moitié inférieure du corps de l'épididyme. Les jours suivants ce gonflement était encore plus marqué, s'étendait à toute la longueur de l'organe et s'accompagnait d'un léger épanchement dans la tunique vaginale. En un mot, nous étions en présence d'une épididyme blennorrhagique ordinaire et tout symptôme de péritonite avait disparu. Il était donc arrivé sur notre malade comme sur ceux de Godard, que, au début, l'inflammation propagée par le canal déférent s'était étendue au

péritoine, de la même façon que dans les cas ordinaires elle passe du canal de l'épididyme à la séreuse vaginale, puis la péritonite avait cédé à mesure que l'épididyme s'était établie et sous ce rapport elle a différé des cas dans lesquels malgré l'apparition de l'épididymite, la péritonite avait pris le caractère grave dont j'ai parlé.

Aujourd'hui 6^e jour, l'épididymite est en bonne voie et paraît devoir se terminer d'ici une quinzaine de jours par résolution

TRAITEMENT

TRAITEMENT. — Le traitement de la pelvi-péritonite blennorrhagique localisée sera l'opium à l'intérieur, de la glace sur l'abdomen, des sangsues au niveau de la fosse iliaque; si la pelvi-péritonite se généralisait, on devrait recourir à la laparotomie.

CHAPITRE III

PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE

La tuberculose des organes génitaux internes de l'homme peut se propager au péritoine pelvien. Villard (1), le premier, a fait une étude d'ensemble sur le rapport des tuberculosés génitale et péritonéale, il admet que la contiguité de la séreuse avec le canal déférent et les vésicules explique le processus : « On sait combien sont fréquentes les localisations de la tuberculose au niveau des vésicules et des canaux déférents ; lorsqu'un abcès caséeux y sera développé, il soulèvera le péritoine ; des adhérences intimes se créeront à ce niveau entre le foyer et la face profonde de la séreuse qui bientôt sera infectée de dehors en dedans et du côté de la cavité péritonéale on verra se développer un semis de granulations, point de départ ultérieur d'une tuberculose plus ou moins généralisée de la séreuse ; il se produira, dans ce cas, quelque chose d'analogue aux ulcérations de l'intestin, qui donnent bien souvent naissance à leur niveau et sur le revêtement péritonéal de l'intestin à de petits semis de granulations tuberculeuses. »

(1) Villard. Thèse Lyon 1893.

La pelvi-péritonite tuberculeuse semble revêtir plusieurs formes : elle peut se généraliser ou rester simplement locale. Elle peut affecter une allure suraiguë ou même ressembler simplement à du péritonisme. Cette dernière forme fut observée par Péan (1), au cours d'une orchite tuberculeuse.

OBSERVATION XXV

Orchite tuberculeuse. — Douleurs abdominales faisant croire à une péritonite. — Guérison. — Péan, clinique chirurgicale 1885-1886, p. 758.

Sch... (Pierre), 27 ans, polisseur de métaux entre le 6 novembre 1882 salle Sainte-Marthe, n° 24, homme peu vigoureux, scrofuleux, a eu des gourmes dans son enfance et mal à la colonne vertébrale. Son père et sa sœur sont morts de la poitrine ; il a eu deux chaudépisses ; la première il y a six ans, la seconde l'année suivante ; il n'a pas eu d'orchite consécutive. Il y a trois jours, il s'est senti tout courbaturé, a eu de la fièvre, ne pouvait manger et souffrait beaucoup dans la région lombaire. Le lendemain, la fièvre devenait plus forte et le malade ressentait des douleurs violentes dans tout l'abdomen. Il remarquait en outre que la partie droite du scrotum était plus volumineuse que l'autre.

6 novembre. Tuméfaction de la moitié droite du scrotum : la peau est rouge ; épanchement dans la tunique vaginale ; on sent que l'épiderme est gros, dur et bosselé. La pression est peu douloureuse. Le testicule est aussi augmenté de volume. Le toucher rectal permet de s'assurer qu'il n'y a rien du côté de la prostate. Rien non plus dans la poitrine. A beaucoup maigri, l'abdomen est très douloureux à la pression surtout au niveau de la fosse iliaque droite ; constipations ; Cataplasmes sur le bas-ventre et les bourses.

9. Le malade souffre moins, la pression de l'abdomen est moins douloureuse. Encore un léger état fébrile le soir.

10 Le malade n'a pas eu de fièvre hier soir ; il ne souffre plus dans le ventre, pas d'amélioration du côté du testicule.

(1) Péan. *Clinique chirurgicale*, 1885-1886, p. 758.

La pelvi-péritonite tuberculeuse peut se généraliser : Villard rapporte un cas où l'infection de la séreuse eut un mode d'envahissement lent, les lésions furent observées pendant la laparotomie : le péritoine était recouvert de granulations, sans exsudation pseudo membraneuse. Ce point de départ siégeait dans les organes génitaux internes et la clinique avait décelé une tuméfaction des vésicules séminales l'induration du cordon et du canal déférent avec tuméfaction des deux épидidymes.

OBSERVATION XXVI

*Recueillie dans le service de M. Poncet par M. Collet
interne du service*

Le nommé F... Louis, 28 ans, entre à la clinique le 22 juin 1893, pour une péritonite tuberculeuse avec lésion des organes génitaux. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé dans l'enfance, a eu une blennorrhagie à l'âge de vingt ans. Depuis plusieurs années il serait sujet à des phénomènes gastriques et intestinaux survenant à des périodes irrégulières. Ces troubles digestifs auraient été caractérisés par des coliques légères, quelques vomissements alimentaires de temps à autre. Au mois de mai 1892, c'est-à-dire un an avant son entrée à la clinique, sont survenues des douleurs testiculaires accompagnées de gonflement et de tuméfaction de ces organes. Quelques temps après survient une diarrhée continuelle, les symptômes gastriques s'accroissent ; mais c'est depuis six mois que l'abdomen a commencé à augmenter de volume et enfin de l'œdème des jambes apparu depuis deux mois. Actuellement œdème des membres inférieurs jusqu'à la racine des cuisses, léger œdème de la paroi abdominale et de la région lombaire. Pâleur des téguments. Du côté de l'abdomen, augmentation de volume très marquée ; la circonférence au niveau de l'ombilic égale 108 centimètres. Réseau veineux assez marqué sur la paroi abdominale ; le ventre

est étalé. La cicatrice ombilicale est effacée mais non proéminente. Sensation de flot des plus nettes. Matité plus marquée dans les flancs et dans la région sous-ombilicale. La palpation n'est pas douloureuse, elle provoque simplement quelques coliques. Elle ne révèle la présence d'aucune masse. Du côté du testicule tuméfaction des deux épидидymes., induration du cordon et augmentation du canal déférent. On ne constate pas de collection purulente mais simplement des noyaux bosselés et indurés. Tuméfaction des vésicules séminales. Matité hépatique normale, pas de lésions pulmonaires. Cœur normal.

3. Opération pratiquée par M. le professeur Poncelet. Incision de douze centimètres, ponction avec un gros trocart. Issue de 16 à 12 litres de liquide ascitique citrin ; l'intestin fait soupape, après le retrait du trocart issue de 2 à 3 litres au moins remplissant les fosses iliaques et l'excavation pelvienne. Assèchement de la cavité abdominale avec de nombreux tampons stérilisés.

Trois à quatre grammes d'iodoforme sont mis dans l'abdomen. Gros drains du volume du petit doigt, d'os décalcifié avec gaze iodoformée et laissés dans l'excavation pelvienne.

Péritoine pariétal rouge vascularisé, épaissi, recouvert de nombreuses verrucosités, éruption papillaire. Intestin rosé comme lavé, pas de granulations à proprement parler, pas d'adhérences, pas de fausses membranes. Mésentère épaissi, vascularisé, quelques fausses membranes ; il paraît capitonné de tubercules. Après l'opération, ventre aplati en bateau. En raison de l'âge du sujet (28 ans), les parois abdominales n'ont rien perdu de leur élasticité.

2 mars. Le malade va bien, la plaie est cicatrisée, le liquide s'est reproduit en partie.

14 mai. Le malade est parti avec une reproduction partielle du liquide ascitique. On n'a pas eu de ses nouvelles depuis.

Villard signale un autre mode d'infection péritonéale pouvant provoquer une pelvi-péritonite aiguë : la rupture d'un abcès caséeux dans l'intérieur de la cavité péritonéale.

OBSERVATION XXVII

Ferr. Henri, âgé de 3 ans, est admis le 20 juillet salle Bouchut, n° 19. Son père est en ce moment à l'hôpital Bichat pour une pleurésie ancienne qui a toutes les allures d'une pleurésie tuberculeuse. Sa mère et son frère sont bien portants. Il avait toujours eu une santé irréprochable quand il fut atteint de rougeole au mois de juin dernier. Depuis lors, il a beaucoup maigri. Ses parents nous l'amènent parce qu'il vient d'avoir une diarrhée verte et des vomissements qu'ils comparent à du vert-de-gris. Nous trouvons tous les signes d'une péritonite aiguë : ventre ballonné, sillonné de veines bleues, extrêmement douloureux, face pâle grippée, yeux excavés, extrémités cyanosées et froides, pouls petit et à peine perceptible, vomissements porracés incessants, diarrhée verte.

La fosse iliaque droite semble particulièrement douloureuse et l'on songe tout d'abord à une péritonite aiguë généralisée, occasionnée par une perforation de l'appendice. On fait appliquer de la glace sur le ventre, on prescrit des injections hypodermiques de morphine, on réchauffe les membres et on donne un peu d'alcool étendu d'eau glacée. Le lendemain les vomissements ont cessé, la diarrhée est plus jaune, les extrémités sont moins cyanosées, la température centrale est tombée de 39.4 à 37, le palper permet de sentir un empatement qui occupe toute la partie inférieure de l'abdomen. En présence de cette remission inespérée, on cherche s'il n'existerait pas quelque part un foyer tuberculeux, on n'en trouve aucun signe certain ni dans les poumons ni dans les ganglions, mais on découvre un gonflement assez appréciable des bourses. Le testicule et l'épididyme du côté droit sont durs, volumineux, irréguliers et indolents; le cordon lui-même est gros et bosselé. Pas de doute qu'il s'agisse là d'un foyer casécux. Un mois après, la péritonite tuberculeuse est aussi manifeste que possible bien que les phénomènes aigus aient disparu.

Les enveloppes du testicule ont été envahies par les progrès du mal et il y a tendance à la suppuration. L'enfant s'affaiblit rapide-

ment et meurt le 15 septembre dans un état de cachexie très avancé.

La pelvi-péritonite tuberculeuse peut rester localisée : Doyen, au Congrès de chirurgie de 1900, rapporte une observation de pelvi-péritonite fibrocaséuse ; dans cette forme exsudative le péritoine pelvien recouvrant les organes génitaux internes s'était seul enflammé, et recouvert de fausses membranes ; un abcès intrapelvien s'était ouvert dans l'S iliaque par des adhérences inflammatoires ; il y a là, disait Doyen, une analogie frappante avec l'évolution des salpingites du côté gauche, lorsqu'elles viennent s'ouvrir dans l'S iliaque.

OBSERVATION XXVIII

Tuberculose du testicule gauche, du canal déférent, de la prostate et des vésicules séminales. Ablation du testicule gauche. Fistule purulente inguinale. Fistule uréthro-rectale. Fermeture de la fistule inguinale qui communiquait avec l'S iliaque. Ablation de la prostate et des vésicules séminales. Fermeture de la fistule rectale. Guérison.

Un jeune homme de vingt ans, chez lequel avait été pratiquée antérieurement l'ablation du testicule gauche tuberculeux, se présenta à mon examen en octobre 1898. Il portait une fistule purulente au niveau de l'orifice externe du canal inguinal gauche et se plaignait d'uriner presque en totalité par le rectum. L'orifice uréthro-rectal s'était produit spontanément. On reconnaissait par le toucher rectal au niveau de la prostate qui était bosselée et indurée, une dépression au fond de laquelle s'ouvrait la fistule. Le trajet inguinal gauche provenait d'une dégénérescence tuberculeuse du canal déférent et se prolongeait vers la région prostatique. Le malade fut anesthésié le 11 novembre. Une longue pince courbe introduite dans la fistule inguinale pénétra dans la cavité pelvienne jusqu'au voisinage du cœcyx. La voie sacrée était la meilleure pour attein-

dre le point déclive de ce trajet. Le malade fut placé dans le décubitus latéral droit et le le coccyx réséqué ainsi qu'une petite étendue du sacrum. L'extrémité de la pince qui était presque au fond de cette plaie fut mise à découvert en incisant couche par couche les tissus qui la recouvraient. Le bistouri ouvrit le péritoine et mit à nu sur l'extrémité de l'instrument une paroi grisâtre. Une petite incision démontra, à mon grand étonnement, que la pince avait pénétré dans le rectum. Le petit orifice fut immédiatement refermé par une double suture en cordon de bourse, le péritoine saturé et la plaie tamponnée.

Le malade n'ayant pas signalé avant l'opération l'issue de gaz ou de matières fécales par la fistule inguinale, il était impossible de prévoir l'existence d'une communication entre le foyer purulent intrapelvien et l'S iliaque. Cette fistule qui devait être très étroite avait conduit l'instrument explorateur jusque dans le rectum. Cette particularité déterminée, le trajet inguinal fut cureté et tamponné. Il s'agissait d'explorer la fistule uréthro-rectale. L'orifice rectal fut mis en évidence par l'introduction dans l'anus d'une large valve qui déprimait sa commissure inférieure.

Un cathéter fut introduit dans l'urèthre. Il existait un étroit trajet de 10 à 12 millimètres entre le canal de l'urèthre et l'orifice rectal. Le trajet purulent qui commençait en haut, à la région inguinale droite, paraissait aboutir en bas au niveau de ce foyer et s'ouvrait à la fois dans l'urèthre et le rectum. La muqueuse rectale fut détachée du pourtour de la fistule et traitée après confection de deux lambeaux latéraux comme je l'ai figurée pour les fistules vésico et recto-vaginales (double suture en cordon de bourse et réunion des lambeaux muqueux à points séparés). Les suites de cette intervention furent très simples. Quelques gaz sortirent par la fistule inguinale. La plaie sacro-coccygienne se cicatrisa rapidement; quant à la fistule rectale elle se produisit rapidement au bout de quelques semaines et le malade se rendit compte que petit à petit l'urine recommençait à passer en partie par le rectum. Cette première opération n'avait été ainsi qu'une opération exploratrice. La seconde opération eut lieu le 3 mars 1899. Il s'agissait de fermer dans la même séance la fistule de l'S iliaque et la fistule uréthro-

rectale, Cette double intervention fut pratiquée par la technique suivante : 1^{er} temps ; laparotomie. La fistule inguinale circonscrite par deux incisions curvilignes, fut extirpée jusque dans la fosse iliaque interne et tamponnée après curetage du trajet profond qui cheminait le long de la gaine du canal déférent, vers l'S iliaque et la région prostatique. Le péritoine fut largement ouvert. L'épiploon et l'S iliaque adhéraient au péritoine pariétal sur une étendue de plusieurs centimètres. La cavité pelvienne et la fosse iliaque furent garnies avec soin de compresses stérilisées et l'intestin fut détaché d'un seul coup avec l'épiploon et attiré au dehors, puis enveloppé d'une compresse stérilisée. Le point d'adhérence de l'S iliaque fut évité avec soin. Le trajet plongeait de là vers la région prostatique. Il est vidé à son tour des fongosités qui le remplissent et un surjet longitudinal séro-séreux aboutissant au niveau de l'ancienne fistule est confectionné pour exclure de la cavité péritonéale la partie profonde du trajet tuberculeux qui est drainé par l'incision iliaque avec une mèche de gaze.

L'épiploon fut lié et réduit puis à son tour l'S iliaque, après fermeture de la fistule par une double suture en cordon de bourse. L'examen de la cavité pelvienne permet de découvrir l'appendice vermiculaire, démesurément long qui était prolabé dans le cul de sac recto-vésical. Il était rempli de calculs fécaloïdes. Le cœcum fut attiré au dehors, le méso-appendice lié et sectionné et l'appendice réséqué après écrasement et ligature de son pédicule. Le moignon fut invaginé par une double suture en cordon de bourse. Cette opération d'appendicite a été ainsi pratiquée par une incision iliaque gauche. Le ventre fut refermé par une suture en étages.

2^e temps : Opération par la voie périnéale. Le malade fut alors placé dans la position de la taille périnéale, les jambes et les cuisses fixées aux porte-jambes qui me servent également chez la femme. Un cathéter cannelé fut introduit dans l'urèthre et la fistule rectale fut mise en évidence en déprimant la commissure postérieure de l'anus à l'aide d'une large valve.

Un stylet introduit dans l'orifice rectal pénétrait dans un foyer anfractueux et ne rencontrait que difficilement le cathéter. L'insuffisance de la première opération avait d'ailleurs démontré qu'il était

indispensable d'extirper en totalité les tissus malades. Le mode d'accès de ce foyer m'était tout indiqué par l'analogie de ce cas avec certaines interventions de gynécologie. N'ai-je pas établi comme une règle pour fermer les fistules recto-vaginales rebelles de sectionner de bas en haut le périnée et la cloison recto-vaginale jusqu'au dessus de la fistule et de réséquer entièrement les tissus altérés, puis de suturer séparément le rectum et le vagin. Je me suis donc trouvé tout naturellement conduit par mon expérience de la gynécologie à inciser chez mon malade le périnée et la paroi antérieure du rectum jusqu'au-dessus de l'orifice fistuleux. La prostate mise en évidence fut incisée à son tour. Elle était creusée d'une caverne anfractueuse et remplie de fongosités.

Les vésicules séminales tuberculeuses apparaissaient dans la profondeur. La prostate entière et les deux vésicules séminales furent réséquées avec les pinces à griffes et les ciseaux. La paroi inférieure de l'urèthre se trouva détruite sur une étendue de 8 à 10 millimètres ce canal refermé par quatre points de suture antéro-postérieurs qui le fixèrent au pourtour du col de la vessie. Le champ opératoire mis à découvert par l'incision de la paroi antérieure du rectum était remarquablement superficiel et le bas fond de la vessie dont venaient d'être détachées les vésicules séminales, faisait hernie au dessus de l'écarteur jusqu'au point de réflexion du péritoine vésico-rectal. Le rectum fut suturé à points séparés et l'espace vésico-rectal tamponné et drainé pour prévenir toute récurrence de l'ancienne fistule. Cette double opération fut suivie d'un excellent résultat et le malade reprit au bout de quelques mois sa vigueur d'autrefois. Actuellement, il s'écoule encore au moment de la miction quelques gouttes d'urine par un pertuis péritonéal et il existe au pli de l'aîne un point de suppuration.

Dans ce cas observé par Doyen l'inflammation péritonéale s'était localisée à la séreuse pelvienne et tous les organes génitaux profonds, canal déférent, vésicule, prostate, étaient atteints de dégénérescence tuberculeuse; parfois la prostate seule peut être le point de départ

d'une tuberculose péritonéale ; dans tous les cas, dit Albarran (1) où la prostate est tuberculeuse, la péritoine vésico-rectal semble être une barrière à l'infection, le cul de sac de Douglas n'est pas envahi, la pelvi-péritonite, ajoute-il, ne semble jamais présenter une origine prostatique ; nous possédons cependant une observation, ou une tuberculose prostatique fut le point de départ très net d'une pelvi-péritonite généralisée ensuite et vérifiée par l'intervention et la nécropsie.

OBSERVATION XXIX

Malade âgé de 35 ans, venant du service de M. Jossierand à l'hôpital Saint-Pothin, entre avec de la fièvre, des sueurs nocturnes, un état général assez grave ; ne se plaint de rien de bien précis, si ce n'est de quelques coliques sourdes dans le bas ventre ; l'examen du malade montre le ventre en effet un peu ballonné, douloureux à la pression forte sans liquide intra-péritonéal.

Le malade se plaint en outre d'envies d'uriner assez fréquentes avec sensations de douleurs assez profondes dans le périnée ; le toucher rectal fait sentir une prostate légèrement bosselée, pas très grosse, mais au-dessus d'elle on sent de la tuméfaction, de l'empâtement douloureux et dur, remontant bien au-dessus et à une limite qu'on peut difficilement atteindre avec le doigt. Pensant qu'il s'agissait là d'un foyer en voie de formation et qui put expliquer les symptômes généraux présentés par le malade et surtout la fièvre avec le caractère de grandes oscillations, pouvant faire craindre la formation d'un abcès, on décida d'intervenir de ce côté et M. Jossierand pria M. Rochet d'aller à la recherche de ce foyer senti par le toucher rectal. L'opération eut lieu par la voie prérectale et

(1) Albarran. Traité de chirurgie, 1900, t. 9, p. 587.

(2) Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Rochet.

en décollant largement le rectum de la prostate. Arrivé au niveau point où était sentie cette tuméfaction, le décollement du rectum adhérent à cet endroit ne put être continué et comme on se trouvait en plein dans la masse inflammatoire, M. Rochet la ponctionna avec un gros trocart pour essayer de trouver du pus : un peu de sérosité louche s'écoula par cette ponction, mais on ne trouva pas de pus et le trocart se trouvait emprisonné dans un tissu dur, cartonné au milieu duquel il n'y avait aucune collection ; les suites de l'opération furent innocentes et la plaie se cicatrisa même assez vite ; mais, les douleurs continuèrent dans le ventre et même devinrent plus fortes ; le ventre se ballonna toujours davantage et la fièvre, l'amaigrissement continuèrent à tel point que 15 jours après l'opération, des signes de péritonite généralisée existaient nettement.

M. Jossérand pria de nouveau M. Rochet d'intervenir par la voie abdominale, cette fois la laparotomie fut pratiquée et, dès l'incision du péritoine faite, on put voir une péritonite tuberculeuse généralisée typique sans grande abondance de sérosité mais avec beaucoup de granulations sur le péritoine et les anses intestinales. L'opération n'eut pas de suites fâcheuses mais n'empêcha pas le malade de succomber aux progrès de sa lésion.

A l'autopsie, on trouva la granulie péritonéale généralisée et une prostate bourrée de foyers caséifiés.

Voici donc un malade chez lequel on a pu constater cliniquement les signes d'une pelvi-péritonite tuberculeuse avec exsudat inflammatoire mais sans abcès ayant précédé l'éclosion d'une péritonite bacillaire généralisée. L'origine de cette pelvi-péritonite était-elle cette prostate bosselée ? on pouvait le supposer cliniquement, mais la nécropsie est venue montrer le bien fondé de cette hypothèse puisqu'on trouva la prostate pleine de noyaux tuberculeux caséifiés.

CHAPITRE IV

PELVI-PÉRITONITE CANCÉREUSE

Ce sont principalement les néoplasmes vésicaux qui envahissent la séreuse pelvienne ; les différents modes de propagation des néoplasmes épithéliaux de la vessie ont été observés par Albarran ; le péritoine qui recouvre la vessie peut être soulevé ou englobé par la tumeur.

OBSERVATION XXX

13

Homme 62 ans, date du début 2 ans. Premier symptôme : Cystite
Nature histologique, Epithélioma réticulé. Les verrues de la muqueuse sont de simples saillies papillaires simples ou composées, sans prolifération épithéliale. Autopsie. Observation : Expulsait des fragments, sondé depuis 7 ans, pour des accidents de prostatisme ; n'a jamais eu d'hématurie, quelques gouttes de sang seulement lorsqu'on lavait sa vessie. Les ganglions hypogastriques et iliaques droits étaient ris. En dehors des points d'implantation de la tumeur, la muqueuse vésicale est verruqueuse. La prostate est envahie par la tumeur.

Le péritoine vésical présente de petits nodules cancéreux. Le corps du pubis est envahi.

OBSERVATION XXXI (1)

Mai 1891

Homme âgé de 25 ans. Date du début 2 ans 1/2. Premier symptôme : hématurée abondante. Nature histologique, myo-épithéliome cylindrique : la forme de myo-carcinome se retrouve dans les ganglions hypogastriques. Observation. — Les urines très purulentes, d'odeur infecte, charrient des fragments de néoplasme ; le malade cachetisé meurt 15 jours après son entrée. Autopsie. Enorme masse encéphaloïde à demi putréfiée, en plus 3 petits néoplasmes isolés. La grosse tumeur envahit toute l'épaisseur de la paroi, par places, elle va jusqu'au péritoine. Double pyélo-néphrite suppurée, ganglions dans le petit bassin le long des vaisseaux hypogastriques jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive.

Le néoplasme peut parfois perforer la séreuse et provoquer une péritonite aiguë comme dans le cas suivant :

OBSERVATION XXXII

GOETZ, interne. *Bulletin Société Anatomique, 1875*

Le malade dont il s'agit était un homme de 35 à 40 ans qui fut reçu d'urgence (service de M. Tillaux) à Lariboisière, salle St-Augustin n° 6 et mourut très peu de temps après son entrée. A la visite du soir on constate un facies altéré, les traits grippés et un refroidissement général du corps et des extrémités, une petitesse extrême du pouls, des vomissements bilieux, bref tous les symptômes d'une péritonite aiguë; le ventre est ballonné et très douloureux. On ne peut du reste obtenir aucun renseignement. Tout ce qu'on sait c'est qu'il est malade depuis 4 ou 5 jours et qu'il s'est rendu à pied à l'hôpital, il meurt dans la nuit.

(1) Albarran.

A l'autopsie, on trouve le péritoine très injecté et contenant de la sérosité purulente. La vessie est le siège d'un ramollissement très marqué de ses parois, sa surface interne est parsemée de saillies molles et grisâtres ; sa cavité est remplie de sanie purulente et infecte ; au niveau de son sommet, elle présente une perforation arrondie au niveau de laquelle les parois sont très amincies, on peut y passer le petit doigt. Le malade n'a dû cesser son travail qu'au moment où s'est produite la perforation de la vessie suivie de la péritonite qui a causé la mort.

Très souvent encore la perforation vésicale s'ouvre dans des loges formées par des adhérences péritonéales ; cette péritonite localisée a aussi été observée par Albarrau :

OBSERVATION XXXIII

Homme 63 ans. Date du début : pas de renseignements. Premiers symptômes : hématurie, pyrexie à son entrée. Nature histologique : Epithélioma carcinoïde à cellules polymorphes. Autopsie. — Tumeur mollassse, irrégulière, saillante, ulcérée. Sur la face postérieure, une ulcération conduit dans une cavité formée par des adhérences péritonéales et qui, d'autre part, s'ouvre dans le rectum.

OBSERVATION XXXIV

Age, 75 ans. Date du début ; 5 ans. Premier symptôme ; hématurie. Nature histologique : Epithélioma carcinoïde. Autopsie : Néoplasme villeux épais de 5 cent. Perforation de la paroi antérieure de la vessie avec péritonite adhésive et agglutination des anses. Collection Guyon, n° 104.)

Les néoplasmes des organes génitaux profonds peuvent aussi provoquer une pelvi-péritonite cancéreuse, Méricamp, cité par Gueillot, a vu un cancer d'une vésicule séminale se propager au péritoine et y provoquer des lésions prédominant dans le pelvis.

OBSERVATION XXXV

O..., âgé de 50 ans. Début par amaigrissement, anorexie, ictère. douleurs dans le ventre et dans les hypocondres; noyaux durs et volumineux qu'on localiserait dans le grand épiploon; ascite, diarrhée, œdème des membres inférieurs. Mort.

Autopsie. — 8 litres de liquide ascétique de couleur chocolat, noyaux blanchâtres sur la périphérie du foie; le hile hépatique est pris en bloc, une masse cancéreuse l'occupe; le col de la vésicule biliaire est induré sur une petite étendue. Sur le feuillet pariétal, on trouve quelques plaques blanchâtres discrètes. Le grand épiploon est transformé en une masse bosselée et dure à grand axe transversal appendue au colon transverse; le mésentère est irrégulier, induré, épaissi et ratatiné; il en est de même du mésocœcum, du méso-colon et du méso-rectum. Le hile de la rate est aussi envahi et on trouve l'épiploon gastro-splénique représenté par une masse dure où la queue du pancréas n'a pas pu échapper à la dégénérescence. La vessie, le prostate et la vésicule séminale droite sont intactes, mais la vésicule séminale gauche est dégénérée. Elle a plus de 8 cent. de longueur, son épaisseur à la base est de 2 cent. $1/2$, elle est bosselée et remarquablement dure; point de cavité à la coupe; elle est constituée par un tissu serré jaunâtre comme squirreux et de même nature que celui qui constitue les autres masses néoplasiques. Les tissus qui entourent la vésicule sont intacts et on l'isole avec une certaine facilité; mais le cul-de-sac recto-vésical est occupé par une plaque dure distincte cependant de la partie supérieure de la vésicule dégénérée. Noyaux secondaires dans le poumon gauche.

Réflexion de Gueillot; « Nous croyons, comme M. Méricamp, que la vésicule est le point de départ de tous les désordres signalés. Ce qui domine c'est l'infiltration du péritoine, principalement dans les points où les ganglions sont nombreux, c'est à peine si le col de la vésicule biliaire et la queue du pancréas sont touchés par la dégénérescence. Au contraire la vésicule séminale est complètement transformée en tissus carcinomateux et les lésions y semblent accentuées.

Castuei (1) a publié un cas où les vésicules séminales ont été, semble-t-il, le point de départ d'une péritonite cancéreuse.

OBSERVATION XXXVI

L..., âgé de 14 ans, entré le 20 juin dans le service du professeur Laget.

Antécédents nuls.

Début. — Les premiers symptômes qui remontent au mois de février ont été des troubles digestifs ; peu d'appétit, dégoût, sensation de pesanteur à l'épigastre, vomissements.

Peu à peu, la ventre augmente de volume — on y sent déjà de petites tumeurs — les jambes s'œdématisent, survient un amaigrissement considérable.

Examen clinique. — Cachexie très avancée, faciès simiesque, amaigrissement profond ; pas de température. L'abdomen, énorme, de 1^m15 de pourtour, a refoulé les organes thoraciques et la dyspnée est extrême. Les veines cutanées abdominales sont considérablement dilatées. Les lombes et l'ombilic sont saillants en dehors. A la palpation, on sent surtout après l'évacuation de l'ascite de très gros noyaux durs, disséminés partout, mais surtout du côté droit. Tout l'abdomen est mat, sauf la région stomacale. Œdème des jambes et du scrotum. Constipation habituelle ; dans les derniers jours,

(1) *Marseille médical*, 1893, p. 614.

cependant, vomissements et diarrhée. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Décès le 15 juillet.

Autopsie.— Un litre environ de liquide séreux louche s'échappe de la cavité abdominale. Tout l'abdomen est envahi par des masses énormes d'aspect sarcomateux plus grosses et plus nombreuses à droite. Le péritoine en est couvert. Elles varient depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle de la tête d'un fœtus à terme. On n'aperçoit que la vessie chassée du petit bassin et refoulée au-dessus du pubis, une partie du colon transverse et la partie inférieure du foie sous l'appendice xyphoïde. L'ombilic est coiffé d'un grand noyau. Au niveau des deux ponctions, la dégénérescence sarcomateuse commence à se montrer. Le foie renferme cinq noyaux secondaires. La veine porte est comprimée par la tumeur. La rate est entourée de noyaux qui n'intéressent pas sa substance.

Le rein gauche est sain. L'intestin grêle et le gros intestin sont indemnes. La vessie est chassée du bassin par un gros bloc sarcomateux qui l'occupe tout entier. C'est là que semble avoir été le point de départ de la généralisation. Cette partie de la tumeur est certainement plus ancienne, car, à la coupe, elle laisse couler un léger suc que nous n'avons pas trouvé dans les autres noyaux. Dans ce cas, il ne serait pas impossible que les vésicules séminales dont nous n'avons pu trouver nulle trace aient été les premières atteintes.

Bien que la prostate soit assez éloignée de la séreuse pelvienne, les néoplasmes prostatiques peuvent gagner le péritoine pelvien ; l'observation suivante d'un malade soigné par M. le professeur Rochet montre nettement la propagation au cul-de-sac vésico-rectal.

OBSERVATION XXXVII

Malade de 64 ans, présentant depuis quelque temps déjà des signes de rétention urinaire d'origine prostatique. Quand M. Rochet

le vit, il avait quelques hématuries et une prostate tellement dure et largement bosselée qu'il fit le diagnostic du cancer de la prostate. On fit au bout de quelque temps la taille sus-pubienne pour des accidents très douloureux et à cause de l'impossibilité de continuer le cathétérisme qui jusque-là avait soulagé le malade. A partir de ce moment, où la vessie fut largement ouverte, le malade alla beaucoup mieux surtout au point de vue douleur, et fut évidemment soulagé, pendant un ou deux mois même il reprit des forces, et fut très amélioré, mais peu à peu l'état général redevint mauvais, l'appétit disparut, la cachexie cancéreuse faisait des progrès et, en effet, la tumeur qu'on sentait par le toucher rectal s'était considérablement diffusée surtout en arrière et en haut, en remontant le long du rectum. A un moment donné, des douleurs très vives éclatèrent dans la partie profonde du périnée, irradiées aux cuisses et probablement par compression des sciatiques dans le bassin et même des douleurs dans le bas-ventre ; le malade succomba à la cachexie progressive, et l'autopsie qu'on put pratiquer montra en effet une tumeur maligne tenant non seulement la prostate, mais encore une grande partie du plancher vésical et se propageant dans le cul-de-sac rétro-vésical sous forme de noyaux assez volumineux indurant toute cette partie du péritoine et faisant une très forte saillie sur la face interne de la séreuse avec, en certains points un petit semis comme si la lésion s'était greffée sur la séreuse elle-même, ne se bornant pas à la repousser ; il y avait là évidemment si le progrès de la lésion n'avait pas emporté le malade, un commencement de péritonite localisée d'origine cancéreuse et à point de départ prostatique.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une pelvi-péritonite chez l'homme comme chez la femme, c'est-à-dire une inflammation du péritoine pelvien distincte de l'inflammation générale du péritoine, pouvant s'associer à cette dernière mais aussi exister à l'état isolé, et reconnaissant chez l'homme comme chez la femme, comme point de départ fréquent les organes génitaux profonds. La lésion de ces organes génitaux profonds (prostate, vésicules séminales, canal déférent) pouvant être elle-même de nature variée, suivant les cas, il y a d'abord une pelvi-péritonite blennorrhagique :

II. — La pelvi-péritonite blennorrhagique est beaucoup moins fréquente chez l'homme que chez la femme, elle a des allures plus obscures, moins bruyantes et surtout beaucoup moins connues, mais elle n'est pas très rare non plus ; elle complique une orchépididymite gonococcienne et c'est grâce à l'inflammation concomittante d'un canal déférent et des vésicules séminales qui se propage par contiguïté à la séreuse pelvienne sus et retrojacente; la pelvi-péritonite blennorrhagique peut être subaiguë, elle est alors bénigne et peut se dissiper très rapide-

dement ; mais elle peut revêtir une forme aiguë plus grave et surtout peut se généraliser ; dans des cas alors très rares, bien qu'authentiques, elle peut devenir mortelle.

III. — La pelvi-péritonite peut être d'origine tuberculeuse et reconnaît alors pour point de départ soit la tuberculose de la prostate, soit la tuberculose des vésicules séminales ; beaucoup de ces cas ont une histoire clinique et pathogénique assez obscure, il faut le reconnaître, mais on doit appeler l'attention sur eux car, plus tard, ils seront certainement reconnus plus nombreux quand on saura les dépister.

IV. — Enfin, il existe aussi une pelvi-péritonite néoplasique, elle paraît consécutive à des tumeurs malignes parties de la base de la vessie et de la prostate, mais cette pelvi-péritonite présente beaucoup moins d'intérêt que les précédentes, car elle marque ordinairement l'étape finale de l'évolution de ces cancers prostatiques et vésicaux.

Le Président de la Thèse,
POLLOSSON.

Vu :
Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 19 Novembre 1900.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

HUNTER. — *Traité des Maladies Vénériennes*, 1787, traduit de l'anglais par Audiberti,

SWÉDAUR. — *Von der Lustseuche*, Berlin, 1779, p. 129.

VIDAL DE CASSIS. — *Traité des Maladies Vénériennes, Beobachtungen und Bemerkungen auf den Gebiete der prattick ; Chirurgie*, Wien. 1828.

— *Archives générales de Médecine*, 1877.

FOURNIER. — *Blenorrhagie*, Nouveau dictionnaire de Médecine, t. 5 p. 214.

— Syphilis, and local Contagions, disorters, London, 1868.

— *Vortage über Vénériscbe Krankheiten*, Berlin 1872, p. 331-443.

WIRCHON. — *Hirsch Jahresbericht*, 1872, p. 623.

HOROWITZ. — *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1892.

DE ZEISSOL. — *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires* 1893.

— *Gazette Médicale de Paris*, 1893, p. 367.

MARADEIX. — Th. Paris 1898.

MARCEL SÉE. — Th. Paris 1895.

ROUSSEAU. — Bordeaux 1898.

— *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1887.

H. MITCHEL. — *Abcess in the vesicula sem perforatio*. Med. Chir. Transact. 1850. T. 33, p. 306.

WILLIAM WHITE. — *Encyclopédie internationale de Chirurgie*.

GOSSELIN. — *Clinique Chirurgigale de la Chrrité*, Paris 1879, t. II p. 609.

TILLAUX. — *Anal. descriptive* 1894, t. IV, p. 546.

VILLARD. — Th. Lyon 1893.

ALBARRAN. — *Traité de Chirurgie* 1900.

MARADEIX. — Th. Paris 1893.

LYON. — IMPRIMERIE PERRELLON
